ميشيل فوكو

ترجمان

ولادة الطب السريري

ترجمة: إياس حسن





المركز العربي للأبحاث و دراسة السياسات
Arab Center for Research & Policy Studies

ولادة الطب السريري

ميشيل فوكو

ترجمة

إياس حسن

مراجعة

سعود المولى

المركز العربي للأبحاث و دراسة السياسات
Arab Center for Research & Policy Studies



الفهرسة في أثناء النشر - إعداد المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات

فوكو، ميشيل، 1926-1984

ولادة الطب السريري/ ميشيل فوكو؛ ترجمة إياس حسن؛ مراجعة سعود المولى.

336 ص. ؛ 24 سم. - (سلسلة ترجمان)

يشتمل على بيبليوغرافية (ص. 295-305) وفهرس عام.

ISBN 978-614-445-186-1

1. الطب - تاريخ - 2. الطب - فلسفة. أ. حسن، إياس. ب. المولى، سعود. ج. العنوان. د. السلسلة.

610.9

هذه ترجمة مأذون بها حصريًا من الناشر لكتاب

Naissance de la clinique

by Michel Foucault

عن دار النشر

Presses Universitaires de France

الناشر



شارع الطرفة - منطقة 70
وادي البنات - ص. ب: 10277 - الظعاين، قطر
هاتف: 00974 40356888

جادة الجنرال فؤاد شهاب شارع سليم تقلا بناية الصيفي 174
ص. ب: 11 4965 رياض الصلح بيروت 2180 1107 لبنان
هاتف: 8 00961 1 991837 فاكس: 00961 1991839
البريد الإلكتروني: beirutoffice@dohainstitute.org
الموقع الإلكتروني: www. dohainstitute.org

الطبعة الأولى

بيروت، شباط/ فبراير 2018

المحتويات

مقدمة

يُعنى هذا الكتاب بالفضاء (الحيّز/ المجال (espace))، وباللغة، وبالموت، إنه يُعنى بالنظرة المتفحصة أي: المعاينة[1].

(1) المعاينة الطبية (السريرية) عند فوكو وهي ترجمة لنظرة طبية فاحصة أو متفحصة (regard Clinique, medical gaze).

نحت فوكو هذا المصطلح ليشير إلى لاإنسانية العملية الطبية المتمثلة في الفصل بين جسد المريض وشخصه (هويته). وهو استخدم المصطلح في الجينيالوجيا التي وصف فيها تأسيس حقل معرفي عن الجسد. وبحسب فوكو، فإن البنى المادية الجسدية والبنى الفكرية المعنوية التي تسمح بتحليل الجسد مُزجت بالمصالح السلطوية. فبدخوله حقل المعرفة، دخل الجسد البشري أيضًا حقل السلطة وصار بالتالي هدفًا محتملًا للاستغلال والتلاعب.

في كتابه **ولادة العيادة (أي الطب السريري)** كان فوكو منشغلًا بفهم كيفية تطويع المعرفة الجسدَ داخل شبكة المؤسسات المستقرة للسلطة الطبية. وفي دراسته عن مولد السجن، حلل نمو الجسد المنضبط والوديع كنتيجة للممارسات العقابية التي اقترنت بالنظرية النفعية للألم. وفي دراسته عن تاريخ الجنس كشف أنه أضحى مادةً للصراع السياسي يُمارس من خلال معرفة طبية محددة.

ما يهم فوكو هو تاريخ مأسسة التدخل السياسي لتدبير الصحة، من خلال قوانين وأنظمة ومؤسسات طبية تهتم بكل جوانب الوجود الصحي للناس. وفي نظر فوكو، حدث تحول كبير في القيمة السياسية للصحة داخل المجتمعات البشرية، حيث تحولت الصحة من شأن فردي خاص، إلى أمر سياسي عام. وبعد أن كان المريض يجد في العائلة مكانه الطبيعي الذي لا يمكن أن يستبدل به أي مجال أو مؤسسة أخرى، ظهر المستشفى بوصفه معنى حضاريًا جديدًا يمكن من خلاله الدولة أن تتدخل عبر الطب في إعادة التوازن إلى الجسم المريض، وإعادة الحياة إلى المريض. هكذا، أصبح الطب يحمل خصائص الدولة كلها من «عنف، اصطناعية، مراقبة، نظام، ترتيب ومؤسسات ...إلخ». وبحسب ميشيل فوكو، عملت الدولة منذ نهاية القرن الثامن عشر على إصلاح البنية الطبية، من خلال تشكيل إدارة مركزية تدير العلاج وتتحكم به، ومركز العلاج، وخلق مؤسسات تؤوّي المرضى (فاقدي الأسرة والفقراء منهم خصوصًا)، وإصدار قوانين تأسيسية وتنظيمية للمؤسسات الاستشفائية، وتقنين الممارسة الطبية.

في السياق نفسه، يعتقد ميشيل فوكو أن الدولة استعملت الطب في تحديث المجتمع، وتحديث نفسها قبل ذلك، بفضل عملها على علمنة الصحة، بإقصاء الكنيسة من تدبير المجال الصحي، والتدخل في علمية العلاج، واستبعاد العمق الديني للمعالج. واعتبر فوكو هذا الأمر إعادة إنتاج الدولة المنطقَ =

في أواسط القرن الثامن عشر، عالج الطبيب بوم (Pomme) مريضة مصابة

= الدينيَّ نفسه، على الرغم من تغيّر الاستراتيجيات وتبدّل الآليات التي يشتغل بها كل مجال، وتباينها. وتغيّر الاستراتيجيات التي انتهجتها الدولة في التعاطي مع ظواهر الجسد، أي الانتقال من الاعتقال والإعدام إلى العلاج والإصلاح، لا يعني تغيّر المنطق السلطوي الذي حكم علاقة الدولة بـ «شواذها».

نقطة انطلاق فوكو هي دراسته العلاقة بين المعرفة والسلطة وكيف يمكن استخدامهما كشكلٍ من الضبط الاجتماعي عبر المؤسسات الاجتماعية. وعلى الرغم من أنه كثيرًا ما يُذكر بوصفه ينتمي إلى تيار مابعد البنيوية ومابعد الحداثية، رفض تلك التصنيفات وفضّل تقديم أفكاره بوصفها تاريخًا نقديًا للحداثة.

وبحسب فوكو، فإن الثورتين الأميركية والفرنسية اللتين نشرتا الحداثة خلقتا في الوقت نفسه خطابًا حداثويًا علمويًا صار مرجعية جاعلًا من العلماء، خصوصًا الأطباء، حكماء سيقضون في الوقت المناسب على المرض، وبالتالي يحلون مشكلات البشرية كلها.

يرى فوكو أن الأطباء حلوا عند حداثويي القرن التاسع عشر محل الكهنوت القروسطي المحتقَر. اليوم، صار الأطباء ينقذون الجسد لا الروح. وبحسب فوكو، فإن هذا الخطاب عن الطب هو من أساطير مدارس الأنوار والحداثة والإنسانوية التي رأت الجسد بوصفه قوام الشخص. وهذا الاختزال البيولوجي صار سلاحًا في يد الحكماء (الأطباء) الجدد. فمن خلال المعاينة المتفحصة (السريرية) للجسد يستنتج الطبيب تشخيصًا لعوارض المرض وأسبابه، وبالتالي فهو ينجز فهمًا غير مسبوق للمريض نفسه. من هنا، فإن نظرة الطبيب الفاحصة المعاينِة سريريًا تخترق السطح الوهمي للأمور لتصل إلى أعماق روح المريض وتكشف حقيقته المخفية.

إن فهم فوكو تطور العيادة هو أولًا يقيم تعارضًا مع تلك التواريخ الخاصة بالجسد وبالطب، التي ترى في القرن الثامن عشر فجرَ نظام إمبيريقي جديد يقوم على إعادة اكتشاف القيمة المطلقة لما هو مرئي. وبحسب فوكو، فإن ولادة الطب الحديث لم تكن حركة فهم عام في اتجاه أن نرى فعليًا ما هو موجود حقًا (أي أن يكون بالتالي علمًا وليس فلسفة)، وإنما كانت انتقالًا حاسمًا في بنية المعرفة. وهذا يعني أن الطب الحديث ليس مجرد تقدّم عن القرن الثامن عشر حيث كان يُكتسب فهم طبيعة الجسد والمرض بالتدريج. يقترح فوكو نظرة إلى تاريخ الطب وتاريخ الطب السريري أو العيادة خصوصًا، على أنه قطيعة معرفية وليس نتيجةً لأعمال أفراد عظماء يكتشفون طرائق جديدة في رؤية الحقيقة ومعرفتها: العيادة التي يتمّ دائمًا تمجيدها بسبب إمبيريقيتها وتواضع اهتمامها بالناس، والعناية التي تسمح بصمت أن تطفو الأشياء على السطح لتكون تحت النظر الفاحص المعاين، من دون أن يُزعجها الخطاب... هذه العيادة تدين بأهميتها الحقيقية إلى كونها عملية إعادة تنظيم في العمق ليس للخطاب الطبي فحسب، وإنما أيضًا لإمكان ذاتها بوجود خطاب عن المرض. وبالتالي، فإن إمبيريقية القرنين الثامن عشر والتاسع عشر ليست مجرد عملية نظر ساذجة أو بسيطة فحسب، وتكتفي بتسجيل ما تراه أمام أعين الطبيب. إن العلاقة بين الذات والموضوع ليست مجرد علاقة بين من يعرف ومن يحكي، فالاتصال بين الطبيب ومريضه الخاص لا يوجد مسبقًا قبل الخطاب كما يقترح بعض الفينومينولوجيين (الظواهريين). إن العلم السريري للطب ظهر جزءًا من بنية أوسع لتنظيم المعرفة سمحت بتمفصل الطب فرعًا علميًا مستقلًا، ومكّنت من بناء حقل تجريبيته وبنية عقلانيته. وبكلمات أخرى، فإن مشاهدة – مراقبة موضوع ما وتحليله (عضو مريض على سبيل المثل) يعتمدان بالكامل على الممارسات المقبولة كما يحددها التنظيم المعاصر للمعرفة. الاستقصاء أو البحث (Investigation)، والتشخيص (diagnosis)، والعلاج (treatment)، كلها لحقت عملية التنظيم هذه جاعلة من المعيار الذي يميز عضوًا مريضًا من عضو صحي معيارًا تاريخيًا بالتمام (أي في التاريخ). (المراجع)

بالهستيريا وشفاها بعد أن جعلها «تستحم مدة تتراوح بين عشر واثنتي عشرة ساعة يوميًا، على مدى عشرة شهور بالكامل». وفي نهاية معالجتها من التجفاف في جهازها العصبي ومن الحرارة التي تلازمه، شاهد بوم «أنسجة غشائية شبيهة بقطع من رقائق مبللة... تتسلّخ يوميًا مع البول مصحوبة بآلام خفيفة، كما راح الحالب الأيمن يتسلّخ ويخرج بكامله من الطريق نفسه». وحصل الأمر ذاته في الأمعاء التي تسلخت عنها، في وقت آخر، غلالتُها الباطنية التي رأيناها تخرج من طريق الشرج. وبدوره تَسلّخَ البلعومُ والرغامى واللسان، وطرحت المريضة أمامنا قطعًا مختلفة إما من طريق القيء أو القشع»[2].

هاكم، كيف بعد أقل من مئة سنة، وجد طبيبٌ آخر آفة تشريحية في الدماغ وأغلفته؛ إذ رأى «أغشية كاذبة» نصادفها في الغالب لدى الأفراد المصابين بالتهاب السحايا المزمن (Méningite chronique): «يكون سطحها الخارجي التوضّع على الغشاء العنكبوتي (Feuillet arachnoïdien) للأم الجافية (Dure-mère)، ملتصقًا بهذا الغشاء التصاقًا هشًا أحيانًا، وبالتالي يسهل فصله، وأحيانًا يكون التصاقه بها أشدّ رسوخًا، حيث يصعب كثيرًا سلخه. ويكون سطح هذه الأغشية الباطني متصلًا بالعنكبوت فحسب، من دون أن تندمج فيه الأغشية اندماجًا تامًا... تبدو الأغشية الكاذبة في الغالب شفافةً، خصوصًا حين تكون رقيقة جدًا، إلا أن لونها في العادة يكون أميَلَ إلى الأبيض أو الرمادي أو الأحمر، ونادرًا ما يميلُ إلى الأصفر أو الأسمر أو الأسود. وكثيرًا ما تُبدي هذه المادةُ فروقًا لونية تختلف باختلاف أقسام الغشاء نفسها. كما أن سماكة هذه المنتوجات العارضة تتفاوت بشكل كبير، فهي أحيانًا من الرقة حيث يمكن أن تقارَن بنسيج العنكبوت... كذلك يُبدي تنظيمُ الأغشية الكاذبة اختلافات كثيرة: فالرقيقةُ منها تكون على شاكلة قشور، شبيهة بغلاف زلال البيض ومن دون بنية خاصة مميزة. وتبدي الأخرى في الغالب على أحد وجهيها آثارَ أوعية دموية متقاطعة في اتجاهات مختلفة ومحتقنة. وهي في الغالب تقتصر على رقائق متناضدة، توجد بينها خثرات دموية فاقدة إلى حد ما لونَها»[3].

---

(2) Pierre Pomme, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes, Où l'on a tâché de joindre à une théorie solide une pratique sûre, fondée sur des observations*, t. 1, 4ème éd. (Lyon: [s. n.], 1769), pp. 60-65.

(3) Antoine-Laurent-Jessé Bayle, *Nouvelle doctrine des maladies mentales* (Paris: [s. n.], 1825), pp. 23-24.

نجد الاختلاف بين نص بوم الذي أوصل الأساطير القديمة للأمراض العصبية إلى شكلها الأخير، ونص بايل (Bayle) الذي يصف الآفات الدماغية بالشلل المعمم، لزمن لم نخرج منه، طفيفًا وشاملًا: فهو شامل بالنسبة إلينا، لأن كل كلمة من كلمات بايل، بدقتها في الوصف، توجّه نظرتنا ضمن عالم من الوضوح المرئي الثابت، في حين أن النص الأول يكلّمنا بلغة الخيال المجرّدة من أي سند حسي. لكن، ما تُراها التجربةُ الأساسية التي يمكن أن تُنشئ مثل هذا الاختلاف الجليّ من جانب يقينياتنا التي تتوالد هناك وتجد تسويغها؟ مَنْ بإمكانه أن يؤكد لنا أن طبيبًا في القرن الثامن عشر لم يكن يرى ما رآه، إنما لزم مرور عشرات السنين حتى تتبدد [في ذهنه] الصور التخيلية، وتظهر له، في الفضاء الذي تمّ إخلاؤه، أشكالُ الأشياء كما هي في الواقع؟

لم يكن هناك «تحليل نفسي» للمعرفة الطبية، ولا كانت قطيعة تلقائية إلى هذا الحد أو ذاك مع الجهد التخيلي، ولم يكن الطب «الوضعي» هو الذي أجرى اختيارًا «غيريًا» (ينظر إلى كل شيء على أنه موضوع) (Objectal) منحازًا في النهاية إلى الموضوعية بحدّ ذاتها. ولم يختفِ معظم القوى المتّصلة بفضاء رؤيوي يتواصل من خلاله الأطباء والمرضى، والفيزيولوجيون والأطباء الممارسون (أعصاب متمدّدة وملتوية، تيبس شديد، أعضاء متصلبة أو محترقة، ولادة جديدة للبدن ضمن العنصر المفيد في البرودة والماء)، وإنّما بدّل بالأحرى موضعه، كما لو أنه حُبس في خصوصية المريض، في منطقة «الأعراض الذاتية» التي لم تعد تحدّد للطبيب طريقةَ المعرفة، بل عالمَ الأشياء التي ينبغي التعّرف إليها. وعوضًا عن أن تنقطع الصلةُ الخيالية بين المعرفة والألم، راحت تتعزّز في سبيل أكثر تعقيدًا من مجرد شفافية التخيلات، ذلك أن وجودَ المرض في البدن، بتوتراته وآلامه الحارقة، في عالم الأحشاء الخفي الصامت، ومجمل الجانب المظلم من البدن المنسوجِ من أحلام طويلة لا تَرى، كانت جميعها محل اعتراض في موضوعيتها من جهَة خطاب الطبيب الاختزاليّ، وفي الوقت ذاته أُسست على أنها أشياء عدة من أجل معاينته الفعلية. لا يكون التصدي لصورِ الألم بواسطة معرفة أُبطِل مفعولها، ذلك أنه أعيد توزيعُ هذه الصور في الفضاء الذي تتقاطع فيه الأبدان والنظرات. أما الذي تغير، فهو المظهر الصامت حيث تجد اللغة سندها: أي علاقة الحالة والموقف بين مَنْ يتكلم والمعنيِّ بالكلام.

في ما خصّ اللغة نفسها، بدءًا بأي لحظة، وبأي تغيير سيميائي أو تركيبيّ، يمكن القول إنها تحولت خطابًا عقلانيًا؟ أيُّ خط حاسم رُسمَ إذًا بين وصفٍ يصوِّر الأغشيةَ «رقائقَ مبللة» ووصف آخر، لا يقلّ نوعية، ولا يقل مجازًا، يراها ممدودة على أغلفة الدماغ، على غرار أغشية زلال البيض؟ أتُراها الوريقات ذات اللونين «الأبيض» و«الأحمر» عند بايل، ذاتُ قيمةٍ مختلفةٍ، من منظور الخطاب العلمي، عن تلك الرقائق الخشنة التي وصفها أطباء القرن الثامن عشر، وهل تحوزُ صلابة وموضوعية أكثر منها؟ إن نظرة أكثر تدقيقًا، ومسارًا لفظيًا أكثر تأنيًا وأفضل استنادًا إلى الأشياء، وأوصافًا دقيقة، وأحيانًا مشوشة قليلًا، ألا توحي لنا بأنّ ذلك إنْ هو إلا توالدٌ في اللغة الطبية، لأسلوب كان شرَعَ، منذ طب جالينوس[4]، في بسط آماد واسعة من الصفات حيال رمادية الأشياء وأشكالها؟

للوقوف على طفرة الخطاب لمّا حصلت، يجب، بلا شك، مساءلة شيء آخر غير محتواه الثيماتي (الموضوعاتي) أو طرائقه المنطقية، وينبغي التوجه إلى هذه المنطقة حيث لم يكن قد فُصِلَ بين «الأشياء» و«الكلمات»، وحيث كانت لا تزال، على صعيد اللغة، طريقةُ الرؤية وطريقةُ القول أمرًا واحدًا. ينبغي إعادة تفحص التوزيع الأصلي للمرئي وغير المرئي من باب أنهما مرتبطان بالاختلاف بين ما يُعلَن عنه وما يُسكت عنه: ولسوف يظهر عندئذٍ، في صورة وحيدة، تمفصل اللغة الطبية وموضوعها. أما الأوّلية، فهي غير قائمة لمن لا يطرح على نفسه سؤالًا ارتجاعيًا؛ وحدها البنية المنطوقة للمدرَك، هذا الحيز **الممتلئ** الذي تأخذ اللغة من **جوفه** مداها ومقدارَها، تستحق أن تُعلَنَ في الضوء المحايد عن قصد. يجب أن نضع أنفسنا، ونبقى لمرة واحدة، في المستوى الأساسي لـ **الموضعة المكانية** (Spatialisation) ولـ **التعبير اللفظي** (Verbalisation) المتعلقين بما هو مرضي، هناك حيث تولد وتستغرق في التأمل، المعاينةُ (Regard) الثرثارة التي يلقيها الطبيب على قلب الأشياء المسموم.

حدّد الطبُّ الحديث بنفسه تاريخَ ميلاده في السنوات الأخيرة من القرن

---

(4) جالينوس (Galien) (131-201 ب.م). طبيب روماني، اهتم بتشريح الحيوانات، ومراقبة وظائف البدن. بقيت دراساته مسيطرة على مدى 14 قرنًا، من طريق ترجماتها إلى العربية. (المترجم)

الثامن عشر. فلمّا شرع يفكر في وضعه، اكتشف أصل صفته الوضعية لدى عودته إلى المُدرك بتجرّده المجدي، بعيدًا من أي نظرية. وفي الحقيقة، إن هذه الإمبيريقية المفترَضة لا تستند إلى إعادة اكتشاف قيم المرئي المطلقة، ولا تُعزى إلى التخلي المحسوم عن المنظومات وأوهامها، وإنما تعزى إلى إعادة تنظيم لهذا الفضاء - الحيّز المتبدّي والسري الذي انفتح حالما انشغلت المعاينة، الممتدة لألف عام، بمعاناة البشر. ولم يعد إحياءُ الإدراك الطبي، أو الإضاءةُ الحية للألوان والأشياء الواقعة تحت معاينة الأطباء السريريين الأوائل، مجردَ أسطورة. ففي بداية القرن التاسع عشر، وصف الأطباء ما بقي على مدى قرون دون عتبة ما يقبل الرؤية والإفصاح (Énonçable)، لكن ذلك لا يعني أنهم عادوا إلى الإدراك الحسي بعد استغراقهم في التأمل فترة طويلة، أو أنهم باتوا يصغون إلى العقل أفضل من إصغائهم إلى التخيل، بل إن المسألة تكمن في أن علاقةَ المرئي بالمخفي، اللازمة لكل معرفة ملموسة، بدّلت بنيتها وأظهرت أمام المعاينة وضمن اللغة ما كان دون ميدانهم وأبعد منه. لقد انعقد بين الكلمات والأشياء رباط جديد، يدعو إلى **أن ترى وأن تروي**، أحيانًا ضمن خطاب «ساذج» تمامًا حتى إنه يبدو أنه يعود إلى مستوى من العقلانية أكثر قِدمًا، كما لو كان الأمر يتعلق بعودة إلى معاينة هي في النهاية مبكرة.

في عام 1764، أراد ميكل (J. F. Meckel) دراسة تبدلاتِ الدماغ الحاصلة في بعض الإصابات (السكتة [النزف الدماغي] (Apoplexie)، الهوس (Manie)، السل (Phtisie)). وفي سبيل ذلك، استخدم المنهج العقلاني في وزن أحجام متساوية ثم قارن بعضها ببعض من أجل تحديد أي قطاع دماغي تعرّض للتيبّس، وأيها تعرض للاحتقان، وفي أي مرض. لم يحتفظ الطب الحديث بشيء مهم من هذه البحوث. غير أن دراسة الحالة المرضية للدماغ قدمت إلينا شكلها «المؤكّد» عندما استخدم بيشا (Bichat) وبالتحديد ريكامييه (Récamier) ولالمان (Lallemand)، ما اشتُهر بـ «المطرقة ذات الطرف العريض والرقيق. إذا قُرعتْ الجمجمة بلطف، وكان القحف ممتلئًا، فلن يحصل ارتجاج يؤدي إلى اضطرابات. من الأفضل البدء بجزئه الخلفي، لأنه حين يبقى [عظم] القذال (Occipital) وحده للكسر، سيكون عرضة للحركة حيث تذهب الضربات سدى... وعند الأطفال الصغار تكون

العظام أكثر ليونةً من أن تنكسر، ومن الرقة حيث يصعب نشرها، لذلك يجب قطعها بمقصات قوية»[5]. وها هي الثمرة تنفتح: فيظهر شيءٌ ما تحت القشرة التي تفتّتت بمنتهى الدقة، كتلةٌ لينة رمادية، مغطاةٌ بأغلفة لزجة ذات عروق دموية، لبّ داكن هشّ، ينبعث منه موضوعُ المعرفة بعد أن تحرر وتوالد. إن المهارة الحِرْفية في كسر الجمجمة حلّت محل الدقّة العلمية لكفة الميزان، وبها قَدّمَ علمُنا نفسه منذ بيشا، أن الإجراء المفرط في دقّته الذي يَفتح أمام المعاينة تمام الأشياء المحسوسة، مع شبكة خصائصها الدقيقة، كفيلٌ بأن يؤسس لنا موضوعيةً أكثر علمية من توسّط الأدوات في الكمية. تغوص أشكال العقلانية الطبية في السماكة المذهلة للإدراك الحسي، وهي تعرض دقائقَ الأشياء ولونها وشوائبها وصلابتها والتصاقها باعتبارها وجهًا أول للحقيقة. يبدو أن فضاء التجربة قد تحدّد في ميدان المعاينة المتنبّهة، في هذا الحذر الإمبيريقي المفتوح على وضوح المحتويات المرئية وحدها. [وهكذا] تصبح العينُ مستودعَ الوضوح ومصدرَه، فهي تمتلك القدرة على استحضار حقيقة لن تتلقاها إلا بمدى ما تكون قد ولّدتها، فالعين حين تنفتح، تنفتح الحقيقةأولًا: إنه انعطاف يطبع العبورَ، انطلاقًا من عالم الوضوح الكلاسيكي، من «الأنوار» إلى القرن التاسع عشر.

بحسب ديكارت[6] (Descartes) ومالبرانش[7] (Malebranche)، أنْ ترى يعني أن تدرِك (حتى في أكثر الأنواع حسّية مما يخضع للتجربة: مثل ممارسة ديكارت التشريح، والملاحظة المجهرية لدى مالبرانش)، لكن المقصود، من دون تجريد الإدراك من جسده الحساس، أن نجعله شفافًا من أجل شحذ الذهن: كان الضوء الذي يسبق كل معاينة، عنصرَ الحالة المثالية - أيْ موضع النشأة الذي لا يمكن تعيينه حيث كانت الأشياء لا تزال ملائمة لجوهرها وللشكل الذي اتخذته

---

(5) Claude François Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances* (Paris: [s. n.], 1820), «Introduction,» p. vii, note.

(6) ديكارت (René Descartes) (1595-1650)، فيلسوف عقلاني وعالم رياضيات فرنسي. يرفض المعارف الحدسية. من مؤلفاته كتاب **وصف البدن الإنساني وبحث في الإنسان**. (المترجم)

(7) مالبرانش (Nicolas Malebranche) (1638-1715). فيلسوف فرنسي، ظهر منذ كتابه المهم **بحث عن الحقيقة** انتماؤه إلى المنهج الديكارتي. أجرى بحوثًا في شأن طبيعة الضوء والألوان. (المترجم)

[الأشياء] لتنضم به إليه، وفقَ ما تتيحهُ هندسة الأجسام، أمّا وقد بلغ فعلُ الرؤية كماله، فهو قد تلاشى في صورة للضوء مسترسِلة (Sans courbe) وغير منتهية. في نهاية القرن الثامن عشر، صارت الرؤية تقوم على أن يُترك للتجربة غموضها البدني الأقصى، فصلابةُ الأشياء المغلقةِ على نفسها وقتامتُها وكثافتها، باتت تحوز قدراتٍ من الحقيقة لا تدين بها للضوء، وإنما لبطء المعاينة التي تطوف بها، فتحيط بها وتخترقها شيئًا فشيئًا من دون أن تقدّم لها سوى جلائها المخصوص. إن مكوثَ الحقيقة في لبّ الأشياء المظلِم مرتبطٌ، من باب المفارقة، بهذه القدرة المهيمنة التي مُنحت للمعاينة الإمبيريقية التي أحالت ظلمتها نورًا. انسلّ الضوء كله من جهة الوهج الرقيق للعين التي تدور الآن حول الأجرام وتعيّن مكانَها وشكلها، من ذلك السبيل. إن الخطاب العقلاني يستند إلى هندسة الضوء أقل من استناده إلى سماكة الشيء اللافتة والعصية على الإغفال: فهي بحضورها القاتم، لكن السابق كلّ معرفة، تخلق مصدرَ التجربة ومجالَها وحدودها. المعاينة مرتبطة سلبيًا بهذا الخمود البدئي الذي يكرّس المعاينة للمهمة اللانهائية التي تقضي بالإحاطة بالتجربة على نحو كامل والسيطرة عليها.

كانت تعود إلى لغة الأشياء هذه، وإليها وحدَها بلا شك، إتاحةُ معرفةٍ عن الفرد لم تكن من منظورٍ تاريخي أو جمالي فحسب. أن يصير تعريفُ الفرد جهدًا لانهائيًا فهذا مما لم يعد حائلًا دون تجربة، كانت تمدُّ مهمتها إلى اللامحدود، فيما هي راضية بحدودها الخاصة. إن الصفة الفريدة، واللون العصي على الحس، والشكل الوحيد والموقّت، كلها تكتسب وزنًا وصلابة، حال حصولها على مكانتها بوصفها موضوعًا. ولن يقوى أيّ نور بعد الآن على تذويبها في الحقائق المثالية، غير أن تثبيت المعاينة [على الوزن والصلابة]، مرة بعد مرة، سيوقظهما ويكسبهما قيمةً على أساس من الموضوعية. لم تعد المعاينةُ أداةَ اختزال، إنما باتت مؤسِّسةً الفردَ في نوعيته التي لا تقبل اختزالًا. من هنا، يصبح ممكنًا أن تنتظم حوله لغةٌ عقلانية. كما أن **موضوع الخطاب** يستطيع أيضًا أن يكون **ذاتًا**، من دون أن تتعرّض صور الموضوعية للتشويه. إن إعادة التنظيم **القطعية وفي العمق**، هي التي أتاحت إمكان **تجربة سريرية**، أكثر مما فعلَ التخلّي عن النظريات والمنظومات القديمة، فقد رفعت الحظر الأرسطي القديم: وبات في مقدورنا، أخيرًا، أن نعقد في شأن الفرد خطابًا ذا بنية علمية.

يرى معاصرونا في هذا الدنو من الفرد إنشاءً لـ «حوار فريد»، وصوغًا أشدّ تركيزًا لنزعة إنسانوية في الطب قديمة قِدم الشفقة عند البشر. إن الظواهريات الغبية في الفهم تخلط هذه الفكرة غير الذكية برمال صحرائها المفهومية، فعبارتا «اللقاء» و«الزوج: الطبيب - المريض» المشحونتان بعض الشيء بالإثارة، تكادان تنهكان نفسيهما في سعيهما في الوصل بين القدرات الواهنة لتخيلات زواجية وقدرٍ كبير من اللامفكَّر به. [ذلك أن] التجربة السريرية - لكونها انفتاحَ الفرد العياني، الأول في التاريخ الغربي، على اللغة العقلانية، هذا الحدث الأعظم [المتمثل] بالعلاقة بين الإنسان ونفسه وبين اللغة والأشياء - سرعان ما اعتُبرت مواجهة بسيطة، من دون تصور مسبق، بين معاينةٍ ووجهٍ، أو بين نظرة عجلى وجسد أبكم، نوعٌ من احتكاك سابقٍ كلَّ خطاب، يكون حرًّا من أعباء اللغة التي من طريقها يكون فردان حيَّان «محبوسين» في حالة مشتركة لكن غير متبادلة. لقد استحضر الطبّ، الموصوفُ بالليبرالي، في إرهاصاته الأخيرة، ولمصلحة سوق مفتوحة، الحقوقَ القديمة لسريريات اعتُبِرت عقدًا خاصًّا وميثاقًا ضمنيًّا كان أُبرم بين إنسان وصنوه، بل إنها عُزيت إلى هذه المعاينة الصبور التي يسعها، من طريق الإضافة المحسوبة إلى المحاججة - بلا زيادة أو نقصان - أن تبلغ الشكل العام لأيّ إقرار علمي: «وحتى يُقيّض لنا أن نقترح على كلٍّ من مرضانا علاجًا ملائمًا تمامًا لمرضه وله بالذات، توجّب أن نسعى إلى استخلاص فكرة موضوعية وكاملة عن حالته، فنجمع في ملف مخصص له (أي لمشاهدته - ملاحظته (observation)) جميع المعلومات التي توافرت لدينا عنه. فنحن «نشاهده» بالطريقة عينها التي نراقب بها النجومَ أو نتابع تجربةً في المختبر»[8].

لا تتم المعجزات بهذا اليسر: فالطفرة التي سمحت، ولم تزلْ، بأن يصبح «سريرُ» المريض حقلًا لاستقصاءٍ ولخطابات علمية، ليست خلطة، تنفجر فجأة، بين عادة قديمة ومنطق أقدم، أو بين معرفةٍ وتوليفة غريبة من حواس «اللمس» أو «البصر» أو «الشم». وإنّما ظهر الطبّ باعتباره علمًا سريريًا ضمن شروط تُحدِّد ميدانَ تجربته وبنيةَ عقلانيته، إلى جانب إمكانه التاريخي. فهذه [الشروط] تشكّل قبليَّته (a priori) الملموسة التي باتَ من الممكن اليوم تظهيرها، ربما لأن خبرة

(8) Jean-Charles Sournia, *Logique et morale du diagnostic*, Les Essais (Paris: [s. n.], 1962), p. 19.

جديدة عن المرض قد ظهرت إلى الوجود، لتجعل فهم الخبرة القديمة من الوجهة التاريخية والنقدية ممكنًا.

غير أن انعطافًا، ههنا، لازمٌ من أجل تأسيس هذا الخطاب عن ولادة الطب السريري. إنه لخطاب غريب، على ما أردتُ، ذلك أنه لا يريدُ الاستناد إلى الوعي الراهن الذي لدى الأطباء الممارسين، ولا إلى ترداد ما أمكنهم قوله سابقًا.

من المحتمل تمامًا، أننا ننتمي إلى عصر نقدي يذكّرنا افتقادُه فلسفة أولى بالمُلك والقدَرية كل حين: إنه عصر الذكاء الذي يبقينا على مسافة من لغة أصلية، بما لا رجعةَ عنه. يرى كانط[9] (Kant) أن إمكان القيام بنقدٍ والحاجةَ إليه كانا مرتبطين، عبر مضامين علمية معيّنة، بحيثية أنه توجد معرفة. وهذان (الإمكان في النقد والحاجة إليه) مرتبطان في أيامنا - بحسب ما يشهد عليه نيتشه[10] (Nietzsche) اللغوي - بحيثية أنه توجد لغة، وأن الكلام الذي لا حصر له، والذي يلفظه الناس - معقولًا كان أم عديم المعنى، برهانيًا أم شاعريًا - يحوز معنى ملموسًا، فيشرف علينا، ويقود عمانا، إلا أنه يلبثُ في العتمة منتظرًا حلولَ الوعي فينا، حتى يدركه النور ويشرع في الكلام. نحن محكومون تاريخيًا بالتاريخ، وبتشييدنا الدؤوب خطاباتٍ عن الخطابات، وبمهمة الاستماع إلى ما سبق أن قيل.

هل قُدّر لنا إذًا، ألّا نعرف وظيفة أخرى للكلام إلا ما هو قولٌ على قول، أي ما اصطلح عليه أنه الشرح؟ لنقل بصريح العبارة أن الشرح يسائل الخطاب عما يقوله وعن المعنى الذي أراد قوله، إنه يسعى إلى الكشف عن هذا الأساس المزدوج للكلام، حيث يكون في حالة تماهٍ مع نفسه، يُفترض أن تكون أقرب إلى حقيقته، بعبارات أخرى، إن التعبير عما قيل، هو إعادة قول ما لم يتم الإفصاح عنه قط. داخل هذا النشاط المسمى شرحًا، الذي ينقل خطابًا مضغوطًا، قديمًا ويبدو صامتًا بذاته، إلى خطاب آخر أكثر إسهابًا، هو في آن أكثر قِدمًا وأكثر معاصرة، يختبئ موقف غريب حيالَ اللغة: أنْ تشرح، يعني لغةً أن تقبل تزيّدًا في المدلول على

---

(9) كانط (Emmanuel Kant) (1724-1804)، فيلسوف ألماني، مؤسس الفلسفة النقدية. (المترجم)

(10) نيتشه (Friedrich Nietzsche) (1844-1900)، فيلسوف ألماني. درَس ودرَّس فقه اللغة «الفيلولوجيا» الكلاسيكية. (المترجم)

الدال، هو بقية من الفكر غير مصوغة بالضرورة، كانت اللغة جعلتها قيدَ الإغفال، [ولئن بدت] فضلةً فهي تُشكل جوهرَ الفكر بالذات مدفوعًا خارج مكنونه، لكن الشرح يفترض أيضًا أن هذا العنصر غير المقول يهجع في الكلام، وأنه، من باب الفائض الخاص بالدال، يمكن بمساءلته إنطاق محتوًى لم يكن مدلولًا على نحو صريح. ومن خلال فتح إمكان الشرح، تُكرسنا هذه الوفرة المضاعفة، لمهمة لانهائيةٍ ما من شيء يستطيع أن يضع حدًا لها: هناك دومًا مدلول باقٍ، وينبغي السماح له أيضًا بالكلام، وبخصوص الدال، فهو دومًا متاح بوفرة، يسائلنا رغمًا عنّا في ما يعنيه «القول». يتّخذ الدال والمدلول إذًا، استقلالية جوهرية تضمن لكليهما كنزًا من الدلالة الافتراضية، وفي الختام، يمكن أن يوجد أحدهما من دون الآخر، ويشرع في الكلام على ذاته: هنا، في هذا الفضاء المفترض، يكمن الشرح. لكنه في الوقت ذاته يخلق بينهما رابطةً معقدة، لُحمةً كاملة غائمة تنطوي على قيَم التعبير الشاعرية: لا يفترض أن الدال «يترجم» من دون أن يُخفي، ومن دون أن يترك المدلولَ ضمن مخزون لا ينضب، فالمدلولُ لا ينكشف إلا في العالم المرئي والمحمَّل بدالّ كان شُحِن بمعنى عصيّ على الضبط. يستند الشرح إلى مُسلَّمة تقول إن الكلام فعلُ «ترجمة»، وإنه يمتلك الامتياز الخطر الذي تمتلكه الصور في الإظهار وهي تقوم بالإخفاء، ويمكنه دومًا أن يَحل محل نفسه ضمن سلسلة التكرارات الاستطرادية المفتوحة؛ باختصار، إنه يستند إلى تأويلٍ للغة يحمل في ذاته بشكل واضح أثرَ أصله التاريخي: إنه اجتهاد ينصت، من خلال الممنوعات والرموز والصور المحسوسة، وعبر كامل جهاز **الوحي**، إلى **كلمة الله**، السرية دومًا، والأبعد من ذاتها دومًا. إننا نضع منذ سنوات شروحًا على لغة ثقافتنا من هذه النقطة بالتحديد، حيث كنا ننتظر عبثًا وخلال قرون، قرار الوحي – الكلمة (Parole).

من المتعارف عليه أن الكلامَ على فكر الآخرين، والسعيَ إلى قول ما سبق أن قالوه، هو القيام بتحليل للمدلول. لكن، هل من الضروري أن تكون الأشياءُ المقولةُ، في مكان آخر، ومن جانب آخر، قد عولجت حصريًا تبعًا للعبة الدال والمدلول؟ أليس من الممكن القيام بتحليلٍ للخطابات التي ربما فلتت من قَدَر الشرح، وذلك بعدم افتراض أي بقية وأي زيادة على ما قيل، ما عدا حيثية ظهورها التاريخي وحدها؟ يجب إذًا، معالجة وقائع الخطابات، ليس بصفتها نوى مستقلة

للدلالات المتعددة، بل باعتبارها حوادث وقطعًا وظيفية، تتجمّع مع بعضها بالتدريج لتشكل منظومة [كاملة]. إن المعنى الكامن في قولٍ ما، لا يتم تحديده من طريق غناه بالمقاصد التي قد ينطوي عليها، حيث تكشفه وتحجبه معًا، إنما من طريق الاختلاف الذي يربطه بالأقوال الأخرى، الواقعية والممكنة، المعاصرةِ له أو التي يتعارض معها في السلسلة الخطية للزمن. وحينئذٍ يظهر تاريخُ الخطاباتِ الانتظاميُّ.

حتى الآن، لم يعرف تاريخ الأفكار أكثر من طريقتين: **الأولى** جمالية، وهي طريقة التماثل (Analogie) - تماثلٌ تم به تتبع سُبُل انتشاره عبر الزمن (النشأة، السلالة، القرابة، المؤثرات) أو في نطاق مساحة تاريخية محددة (روح عصر ما، رؤيته للعالم (Weltanschauung)، مقولاته الأساسية، تنظيم عالمه الثقافي - الاجتماعي. و**الثانية** نفسية، هي طريقة نفي المضامين (مثلًا: قرن ما لم يكن عقلانيًا تمامًا، أو لاعقلانيًا كما كان يقال أو يُعتقد)، ومن خلالها ظهر نوع من «التحليل النفسي» للأفكار ودُشِّن، حيث يمكن أن ينقلب مآل هذه الأخيرة بالتأكيد - كون نواة النواة هي دومًا نقيضها.

نود هنا أن نحاول تحليل نمط من الخطاب - هو خطاب الخبرة الطبية - في فترة سبقت اكتشافات القرن التاسع عشر، عندما خضع هذا الخطاب إلى تبديل في شكله الانتظامي أكثر مما بدّل في أدواته. ذلك أن السريريات (Clinique) هي في آن تقطيعٌ جديد للأشياء [من أجل إبرازها]، ومبدأ نطقها في لغة اعتدنا أن نميز فيها لغة «علم وضعي».

لا ريب في أن فكرة السريريات ستبدو، لمن يريد أن يثمِّن ثيماتها، مثقلةً بقيم ضبابية إلى حد كافٍ، وربما يمكن الكشف فيها عن صور غير ملونة على غرار التأثير الخاص للمرض في المريض، وتنوع الأمزجة[11] (Tempéraments) الفردية،

(11) يعود مفهوم الأمزجة إلى نظرية أبقراط عن الأخلاط التي تقول إن أخلاط البدن هي (الدم والبلغم والمرّة الصفراء والمرّة السوداء)، تتوافق مع أربعة عناصر هي (الهواء والنار والماء والتراب)، ولهذه العناصر صفات (الحرارة أو البرودة، اليبوسة أو الرطوبة)، وبحسب غلبة بعضها، تحدد أربعة أمزجة (الصفراوي والسوداوي والبلغمي والدموي). (المترجم)

واحتمال التطور المرضي، والحاجة إلى توخّي الحذر من أتفه الأنماط المرئية، والشكل الإمبيريقي التراكمي والمفتوح بلا نهاية للمعرفة الطبية: ثمة عدد كبير من المفاهيم القديمة التي كانت قيدَ الاستخدام لزمن بعيد خلا، كانت تشكل الأدوات الرئيسة للطب الإغريقي، من دون أن ينال منها أي تشكيك. لا شيء من هذا العتاد القديم يمكنه أن يعيّن بوضوح ما حدث في منعطف القرن الثامن عشر عندما «أنتجت» مساءلة الثيمة السريرية القديمة - إذا صدقنا المظاهر الأولى - طفرةً جوهرية في المعرفة الطبية. لكن السريريات، إذا ما أخذنا في الحسبان توافرها كمجموعة، تبدو، بحسب تجربة الطبيب، أنها جانب جديد للمدرَك وللملفوظ: فهي توزيعٌ جديد للعناصر المخفّية من حيّز البدن (مثلًا: عزل نسيج، أي قطعة وظيفية ذات بعدين، تقابل الكتلة الوظيفية للعضو، وتُشكّل مفارقة «السطح الداخلي»)، وإعادةُ تنظيم العناصر التي تؤلف الظاهرة المرضية (بهذا المعنى حلّت قواعد للعلامات بديلًا من علم نبات الأعراض)، وتحديدُ سلاسلَ خطية للحوادث المَرَضية (مقابل تشجّر الأنواع المنزولية[12] (Nosologique))، وتمفصُلُ المرض على الجسم البشري (اختفاء كيانات مرضية عامة كانت تجمع أعراضًا في صورة منطقية واحدة، لمصلحة حالة موضعية تضع وجود المرض مع أسبابه ونتائجه ضمن فضاء ثلاثي الأبعاد). وفي سياق منظومة إعادة التنظيم هذه، ينبغي تعيين ظهور السريريات، باعتباره حدثًا تاريخيًا. ويشار إلى هذه البنية الجديدة، من دون استنفادها طبعًا، من طريق تغيير دقيق وحاسم أَحَلّ محلّ السؤال الآتي: «ما الذي تشعر به؟» الذي كان الطبيب يستهلّ به حواره مع المريض، في القرن الثامن عشر، تبعًا لقواعده الخاصة وأسلوبه الخاص، سؤالًا آخر: «أين تشعر بالألم؟» وبه عرفنا لعبة السريريات ومبدأ خطاباتها كلها. بدءًا من هنا، يعاد توزيع كامل العلاقة بين الدال والمدلول، وذلك على صعيد مستويات التجربة الطبية كلها: بين الأعراض الدالة والمرض المدلول عليه، بين الوصف والموصوف، بين الحدث

(12) آثرنا استخدام تعبير «منزوليات» ترجمةً لمصطلح «Nosologie» وهو فرع من الطب يُعنى بتصنيف الصفات المميّزة الأمراض وتحديدها ودراستها، وقد ترجمه **المعجم الطبي الموحد** إلى «علم تصنيف الأمراض»، وواضح هنا أن الشرح يقوم مقام الترجمة. كذلك ترجمنا «Nosographie» إلى «الوصف المنزولي»، وكان اختيارنا متماشيًا مع مفهوم «المصطلح الشفاف». (المترجم)

وما ينذر به، بين الآفة والداء الذي تدل عليه ...إلخ. إن السريريات - المحمودة دومًا بسبب إمبيريقيتها، وضآلة الانتباه الذي تستدعيه، والاهتمام الذي تجعل به الأشياء تُقبِل إلى المعاينة بصمت، من دون أن تشوّشها بأي خطاب - تدين بأهميتها الحقيقية لحيثية أنها إعادة تنظيم بالعمق، ليس للمعارف الطبية فحسبُ، وإنما أيضًا لإمكان نشوء خطاب عن المرض أيضًا. إن تقييد الخطاب السريري (الذي يصرّح به الأطباء: رفض النظرية، والتخلّي عن المنظومات، وغياب الفلسفة) يحيل على شروط غير لفظية تمكّنه من أن يباشر كلامه بها: البنية المشتركة التي تُقطّع ما **يُرى** وما **يُقال**، وتمفصلهُ.

إن البحث الذي نَشرع فيه هنا يتضمن إذًا مشروعًا يُقصدُ به أن يكون تاريخيًا ونقديًا معًا، من باب أن الأمر منوطٌ، خارج كل مقصد موجَّه، بتحديد شروطِ إمكان الخبرة الطبية مثلما أدركها العصر الحديث.

يجب القول بوضوح إن هذا الكتاب لم يُكتب لمصلحة طبّ من دون آخر، أو ضدّ الطب لمصلحة غيابه. إنّما المقصود، هنا كما هناك، هو دراسة تسعى إلى أن تستخلص من سماكة الخطاب، شروطَ تأريخه.

إن ما يحتسب في الأشياء التي قالها البشر ليس تمامًا ما فكروا به عن هذه الأشياء وعما بعدها، إنما ما يخضعها منذ البداية إلى منظومة، ويجعلها بعد ذلك متاحة بلا حدود للخطابات الجديدة ومفتوحة لمهمة تحوُّلها.

الفصل الأول

أماكن وأصناف

يشكل البدن، في نظرنا، وبحكم قانون الطبيعة، مكانًا لنشوء المرض ولتوزّعه: حيّز تكون خطوطه وأجرامه وسطوحه وطُرُقه مؤكَّدة تبعًا لجغرافيا أصبحت مألوفة من طريق أطلس التشريح. وما هذا النظام للبدن الصلب والمرئي سوى إحدى الطرائق التي يحدد بها الطبُّ مكانَ المرض. لكنه ليس الأول بالتأكيد، وليس الأكثر أهمية. فقد وجدت وستوجد أشكال أخرى يتوزع الداء بموجبها.

متى يمكن تحديد البنيات التي تسلكها التفاعلات التحسسية في جرم البدن المخفيّ؟ وهل سبق لأحدهم أن رسم الهندسةَ النوعية لانتشار فيروس ما في الصفيحة الرقيقة لإحدى الشُّدف [القطع] النسيجية؟ وهل يمكن أن تجد هذه الظواهرُ في تشريح إقليدي قانونَ توضعها المكاني؟ وبعدُ، يكفي التذكير بأن نظرية التداعيات [الودية][1] (Sympathies) القديمة كانت تتكلم بمصطلحات من مثل التقاطع والجوار والتماثل: وهي مفاهيم يبدو أن الحيّز المحسوس من التشريح يكاد يقدم بصعوبة معجمًا متماسكًا لها. إن كل تفكير مهم في ميدان علم الأمراض (Pathologie) يحدد للمرض مظهرًا لا تكون مستلزماتُه المكانية متطابقة بالضرورة مع مستلزمات الهندسة الكلاسيكية.

أما التوافق الدقيق بين «جسد» المرض وجسد المريض فليس سوى معطى تاريخي وموقت. والتقاؤهما ليس أكيدًا إلا بالنسبة إلينا، أو أننا، بالأحرى، بدأنا بالكاد ننفصل عنه. إن حيّز **تمظهر** (Configuration) المرض وحيّز **توضُّع**

---

(1) المقصود بكلمة (Sympathies) الاعتماد المتبادل بين الأعضاء -- وبالتالي تنقّل الأعراض من عضو إلى عضو، وهو ما يشير إليه الحديث الشريف «مَثَلُ المؤمنين في تَوَادِّهم وتراحُمهم وتعاطُفهم: مثلُ الجسد، إذا اشتكى منه عضو تَدَاعَى له سائرُ الجسد بالسَّهَرِ والحُمَّى» (أخرجه البخاري ومسلم). لذلك، اخترنا كلمة «التداعي» وألحقنا بها «الودي»، لتمييز المعنى المقصود عما بقي من المصطلح في الطب الحديث، مع العلم أن **المعجم الطبي الموحد** ترجمها بالتوادّ التي يصعب صرفها. (المترجم)

(Localisation) الداء في البدن لم يتطابق أحدهما مع الآخر في التجربة الطبية إلا خلال حقبة وجيزة: وهي الحقبة التي تزامنت مع ظهور طب القرن التاسع عشر، ومع الامتياز الذي ناله التشريح المرضي خلالها. إنها حقبة تَسِمُ سيادة المعاينة بميسمها، ما دامت واقعة في حقل الإدراك الحسي ذاته، وتتتبّع المتصلات ذاتها أو العيوب ذاتها، ذلك أن التجربة الواقعة في الحقل المميِّز عينه والمتتبعة الآفاتِ المرئيةَ في الجسم البشري، تقرأ دفعة واحدة المناطق المصابة في الجسم البشري، وتلحظ الاتّساق في أشكالها المرَضية، فالداء يتمفصل مع البدن تمامًا، ويتبع منذ البداية توزعًا منطقيًا من طريق كتل تشريحية. ولن يكون «لإلقاء النظرة» من عمل إلا أن يمارس على الحقيقة التي يكتشفها هناك، سلطانه الذي أُعطيَ كامل الأحقية.

لكن، كيف تشكلت هذه الأحقية التي تُعتبر قديمَة العهد وطبيعية؟ وكيف أمكن هذا الموضع الذي يبرز فيه المرض أن يحدد بقوة الصورةَ التي تجمع عناصر هذا المرض معًا؟ ومن باب المفارقة، لم يكن قطّ الحيز الذي يشغله تمظهرُ المرض أكثر حرية، وأكثر استقلالية عن حيز توضّعه مما كان عليه في الطب التصنيفي، أي في ذاك الشكل من التفكير الطبي الذي سبق، من الناحية الزمنية، المنهجَ التشريحي السريري بقليل وجعله ممكنًا من الناحية التاريخية.

قال جيليبير[2] (Gilibert): «لا تعالجوا أبدًا مرضًا قبل أن تتأكدوا من نوعه (Espèce)». وكانت القاعدة التصنيفية، بدءًا من كتاب **المنزوليات**[3] (Nosologie) لسوفاج (Sauvages) (1761) إلى **الوصف المنزولي** (*Nosographie*) لبينل (Pinel) (1798)، لا تزال تسودُ النظرية الطبية وحتى الممارسة الطبية: فهي بدت شأنَ منطق متأصّل للأشكال المرَضية، ومبدأ لكشف مغاليقها، وقاعدة دلالية لتعريفها: «فلا تصغوا إذًا، إلى هؤلاء الحسّاد الذين أرادوا إلقاء ظلال من الازدراء على كتابات سوفاج الشهير... وتذكروا أنه من بين جميع الأطباء الذين عاشوا، ربما كان هو الذي أخضع كل معتقدنا إلى قواعد المنطق السليم المعصومة. وانظروا بأي حرص يختار كلماته، وبأي حذر يحصر تعاريف كل مرض». [في هذا الفهم]،

---

(2) Jean-Emmanuel Gilibert, *L'Anarchie médicinale ou la médecine considérée comme nuisible à la société*, t. 1 (Neuchâtel: [s. n.], 1772), p. 198.

(3) مترجم في موسوعات الطب بعنوان: عِلْم تَصْنِيف الأَمْرَاض. (المراجع)

يتخذ المرض، قبل أن يخرج من سماكة البدن، تنظيمًا تراتبيًا ضمن عائلات وأجناس وأنواع. وقد يبدو في الظاهر أن الأمر لا يعدو كونه «لوحة» تساعدنا في تعلُّم ميدان تكامل الأمراض وتذكّرها. لكن، في ما هو أعمق من هذا «المجاز» المكاني ولجعله ممكنًا، فإن الطب التصنيفي يفترض «تمظهرًا» معينًا للمرض: لم يتم تشكله قط من أجل ذاته، لكن يمكننا، في مرحلة لاحقة، تحديد مستلزماته الأساس. وكما أن شجرة الأنساب، في ما هو أبعد من المقارنة التي تتضمنها ومن جميع ثيماتها التخيلية، تفترض فضاء تكون القرابة فيه قابلة للتشكل، فإن اللوحة المنزولية تنطوي على صورة للأمراض، ليست سلسلةَ النتائج والأسباب، ولا السلسلة الزمنية للحوادث، ولا مسارها الظاهر في الجسد البشري.

ولئن أزاح هذا التنظيم التوضّعَ داخل العضوية (الكائن العضوي أو الجسم الحي (organisme)) إلى مرتبة المشكلات التابعة، فإنه حدّد منظومة أساسًا من العلاقات التي تشتمل على تغليفات وتبعيات وتقسيمات وتشابهات. ويتضمن هذا الحيز: «شاقولًا» حيث تتفرع العواقب المترتبة - فالحمّى، وهي «تناوبٌ بين البرد والحرارة على التوالي»، يمكن أن تتم بهجمة واحدة، أو بنوبات عدة، وهذه يمكن أن تتعاقَب من دون انقطاع أو فواصل، وقد لا يتجاوز هذا الفاصل اثنتي عشْرة ساعة، أو يصل حتى نهار واحد، أو يستمر يومين كاملين، بل يكون له إيقاع صعب التحديد[4] أيضًا، ويتضمن «خطًّا أفقيًا» حيث تنتقل التماثلات - نجد بتناظر تام، ضمن الفرعين الكبيرين للتشنجات: «التوترات (Toniques) الجزئية» و«التوترات المعممة»، و«الترمعات (Cloniques) الجزئية» و«الترمعات المعممة»[5] كذلك من حيث الانصبابات (Épanchements)، فما هو نزلة [صبّة] (Catarrhe) يكون في الحلق، والزحار يكون في الأمعاء[6]. ذلك هو حيّز عميق وسابق جميعَ المدارك الحسية، ويتحكم بها من بعيد، وبدءًا بهذا الحيّز، ومن الخطوط التي يتقاطع معها، والكتل التي يوزعها أو يراتبها، يدرج المرض، البازغ تحت النظر، صفاتِه الخاصة في العضوية الحية.

(4) François Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique: Dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes* (Lyon: [s. n.], 1772), t. 2.

(5) Ibid., t. 3.

(6) William Cullen, *Institutions de médecine pratique*, trad., t. 2 (Paris: [s. n.], 1785), pp. 39-60.

ما هي مبادئ هذا التمظهر الأولي للمرض؟

1 – يرى أطباء القرن الثامن عشر أن هذا التمظهر ظهر ضمن تجربة «تاريخية» في مقابل المعرفة «الفلسفية». تكون المعرفة تاريخية حين تحصر ذات الجنب (Pleurésie) بظواهرها الأربع: الحمى، صعوبة التنفس، السعال والألم الجانبي. وتكون فلسفية حين تتساءل المعرفة عن منشأ المرض ومبدئه وأسبابه: البرد، انصباب مَصْلي والتهاب الجنبة (Plèvre). غير أن التمييز بين التاريخي والفلسفي ليس تمييزًا بين السبب والنتيجة: فقد أسّس كولِن (Cullen) منظومته التصنيفية على الإسناد إلى الأسباب القريبة، كما أنه ليس تمييزًا بين المبدأ والعواقب، لأن سيدنهام (Sydenham) فكّر في أن يقوم ببحث تاريخي من خلال دراسة «الطريقة التي تنتج بها الطبيعةُ الأشكالَ المختلفة التي تتخذها الأمراض وتصونها»[7]، مثلما استبعد من نظامه الفارقَ بين المرئي والمخفي أو الحدسي كلّيًا، لأنه، بحسبه، يجب أن يتعقّب الدارس أحيانًا «تاريخًا» ينطوي على نفسه، ويتوارى لدى الفحص الأول على غرار حمى الدق[8] (Hectique) لدى بعض المصابين بالسل: «رصيف صخري مخبأ تحت الماء»[9]. فالتاريخي هو ما يَجمع كل ما يمكن تقديمه للمعاينة، سواء أكان **بحكم الواقع** (En fait) أم **بحكم القانون** (En droit)، آجلًا أم عاجلًا، على الفور أم بشكل غير مباشر. فالسبب الذي يُرى، والعرض الذي ينكشف للعيان شيئًا فشيئًا، والمبدأ المقروء من جذره، ليست جميعها من مرتبة المعرفة «الفلسفية»، بل من مرتبةِ معرفةٍ «بسيطة جدًا»، «يقتضي لها أن تسبق كلّ ما عداها»، وهي التي تحدّد موقع شكل الخبرة الطبية الأصلي. إن المقصود هنا هو تحديد نوع من نطاق رئيس تستوي عندهُ المنظورات، وتتحاذى انزياحاتها: تمتلك النتيجةُ منزلةَ السببِ نفسَها، ويتوافق السابق مع لاحقه. وفي هذا الحيّز المتجانس ينقطع عقد السلسلة،

---

(7) Thomas Sydenham, *Médecine pratique*, A. F. Jault (trad.) (Paris: [s. n.], 1784), p. 300.

(8) من البدهي أن التسميات تغيّرت بعد اكتشاف العوامل الممرضة، مثلاً: حمى الدق غابت لمصلحة التدرن، وحمّى الربع لمصلحة الملاريا، وكذلك الحمّى الصفراوية، والحمّى المخاطية والحمّى المعوية المساريقية لمصلحة التيفوئيد، والحمّيات الموهنة لمصلحة التيفوس، وأحيانًا لمصلحة الجمرة... وقد آثرنا استخدام المصطلحات العربية كما وَرَدَت في كتب الطب عند العرب، وأضفنا في النهاية مقابلها الحديث إن وُجد. (المترجم)

(9) ibid.

ويمّحي الزمن: فالالتهاب الموضعي لا يعدو كونه تجاورًا مثاليًا لعناصره التاريخية (احمرار، تورم، حرارة، ألم) من دون أن تتدخّل شبكة محدداتها المتبادلة أو تقاطعاتها الزمنية.

فُهم المرضُ بشكل أساس ضمن حيّزٍ من إسقاط عديم العمق، ومن المصادفة المجرّدة من التعاقب. ثمة سطح واحد فحسب، ولحظة واحدة. أما الشكل الذي تظهر به الحقيقة على نحو أصيل، فهو السطح الذي تتجلّى فيه المعالم وتمّحي في آن - صورة الوجه: «على مَن يكتب تاريخ الأمراض... أن يلاحظ بانتباه الظواهر الواضحة والطبيعية للأمراض مهما بدت له بسيطة الأهمية. وبناء على ذلك، وجب عليه أن يقلد الرسامين الذين يرسمون وجوهًا، فهؤلاء يعتنون بالعلامات والأشياء الطبيعية، مهما قل شأنها، والتي ترتسم على مُحيّا الشخصية التي يرسمونها»[10]. فالبنية الأولية التي يشترطها الطب التصنيفي، هي الحيز المسطح للمتزامن الدائم. لائحة ولوحة (Table et tableau).

2- إنّه (المرض) حيّز حيثُ تُحدِّد التماثلاتُ الجواهرَ. فاللوحات هي مشابهة لغيرها، بيدَ أنها متشابهة في ما بينها أيضًا. وبناء عليه، يمكن قياس البعد الذي يفصل مرضًا عن آخر بتدرج تشابههما فحسب من دون أن يتدخل التباعد المنطقي - الزمني لشجرة الأنساب. فغياب الحركات الإرادية، وخدر الإحساس الداخلي أو الخارجي، هذان يشكّلان المشهد العام الذي تظهر معالمه تحت أشكال خاصة مثل السكتة الدماغية، أو الغَشي (Syncope) أو الشلل. تتشكل داخل هذه القرابة الكبرى انحرافاتٌ صغرى: فالسكتة الدماغية تعطل استخدام جميع الحواس، وكامل الحركة الإرادية، لكنها تعفّ عن التنفس وحركة القلب، كما أن الشلل بدوره لا يصيب سوى قطاع حسي وحركي محدد من الجهاز العصبي، ويكون تأثير الغشي معممًا كما في السكتة الدماغية، لكنه يوقف الحركات التنفسية[11]. أما التوزع المنظوري الذي يجعلنا نرى في الشلل عرَضًا، وفي الغشي هجمةً طارئة، وفي السكتة الدماغية إصابةً عضوية ووظيفية، فهو غير موجود بالنسبة إلى المعاينة التصنيفية التي تتأثر بأقسام السطح فحسب، حيث لا يتحدد

---

(10) مذكور في: Sydenham, cité par: Boissier de Sauvages, t. 1, p. 88.

(11) William Cullen, *Élemens de médecine pratique*, trad. fr., t. 2 (Paris : [s. n.], 1785), p. 86.

الجوار من طريق الأبعاد القابلة للقياس، إنما من طريق التشابه بين الأشكال. فعندما تصبح التشابهات كثيفة بما فيه الكفاية، فإنها تجتاز عتبة القرابة البسيطة وتدخل في وحدة الجوهر. ما من اختلاف أساس بين السكتة التي تعطل الحركة فجأة، والأشكالِ المزمنة والتطورية التي تصيب شيئًا فشيئًا كامل الجهاز الحركي: في هذا الحيز المتزامن حيث تتلاقى الأشكال الموزعة من طريق الزمن وتتراكب، تنكمش القرابة إلى التماثل. هناك، ضمن عالم مسطح ومتجانس لا يقبل القياس، يوجد مرض جوهري وفيه توجد كثرة من التماثلات.

3 - إنّ شكلَ التشابه كفيلٌ بالكشف عن نظام الأمراض العقلاني. فعندما ندرك التشابه الموجود [بين مرضيْن]، فإننا لا نعيّن ببساطة منظومةَ تحديدِ معالم ملائمةٍ ونسبية، بل نبدأ استخلاص الترتيب المعقول للأمراض. وبذلك ينكشف النقاب عن مبدأ خلقها: إنه نظام الطبيعة العامّ. وكما في حالة النباتات والحيوانات، يكون فعل المرض نوعيًا بشكل أساس: «الكائن الأسمى لم يخضع إلى قوانين أقل يقينية في إنتاج الأمراض وفي إنضاج الأخلاط (Humeurs) الممرضة إلا من خلال تقاطعها مع النباتات والحيوانات... ومن يلاحظ بدقة النظامَ والوقت والساعةَ التي تبدأ فيها حمى الربع (Quatre) وظواهرُ القشعريرة والحرارة، أو بعبارة أخرى، جميع الأعراض الخاصة بها، فسيكون محقًا في اعتقاده أن هذا المرض نوعٌ بذاته، بمقدار ما نعتقد أن النبات يشكّل نوعًا لأنه ينمو ويزهر ويذبل دومًا بالطريقة نفسها»[12].

ينطوي هذا الأنموذج النباتي على أهمية مضاعفة بالنسبة إلى التفكير الطبي. فهو، من ناحية، يسمح بتحويل مبدأ تماثل الأشكال قانونًا لإنتاج الجواهر، كذلك، يسمح لإدراك الطبيب الذي يلمح، هنا وهناك، النظام الأنطولوجي ويتقرب منه ويرتبط به، أن يتواصل معه بكل تأكيد، فهو النظام الذي ينظّم عالمَ المرَض من الداخل، وقبل أي تظاهر. ومن ناحية أخرى، إن نظام المرض ليس سوى نسخة عن عالم الحياة: فالبنيات ذاتها هنا وهناك تحكم أشكال التوزع ذاتها، والترتيب ذاته. إن عقلانية الحياة مطابقة عقلانيةَ ما يهددها. وليست هي عينَها بالنسبة إلى الأخرى

---

(12) Sydenham, cité par: Boissier de Sauvages, t. 1, pp. 124-125.

من نمط الطبيعة ومضاد لها معًا، وإنما تندمج إحداها في الأخرى وتتراكبان ضمن نظام طبيعي مشترك بينهما. أي إننا **نتعرف** إلى الحياة في المرض لأن قانون الحياة هو الذي يؤسس، علاوة على ذلك، **التعرفَ** إلى المرض.

4- إن المسألة ترتبط بأنواع هي في آن طبيعية ومثالية؛ طبيعية لأن الأمراض تُفصح فيها عن الحقائق الجوهرية، ومثالية من باب أنها لم تخضع لتجربة من دون أن يعتريها تبدل أو اضطراب قَط.

الاضطراب الأول يأتي مع المريض ومن طريقه بالذات. ذلك أن المريض يضيف إلى الجوهر المنزولي الخالص الذي يحدد مكانَه ويستنفده بالتمام والكمال في نظام الأنواع، وبقدْر من الاضطراب، استعدادَه وعمرَه ونمطَ حياته وسلسلةً كاملة من الحوادث التي تظهر، بالنسبة إلى النواة الأساسية، بصفتها حوادث عارضة. وبالتالي يجب على الطبيب إذا أراد التعرف إلى حقيقة الواقعة المرضية، أن يجرد المريض: «على من يصف مرضًا أن ينتبه إلى تمييز الأعراض الخاصة الملازمة إياه بالضرورة، من الأعراض الطارئة وغير المتوقعة، مثل تلك التي تعتمد على مزاج المريض وعمره»[13]. هكذا، يُعتبر المريض، من باب المفارقة، مجرد واقعةٍ خارجية بالنسبة إلى ما يشكو منه، وعلى القراءة الطبية ألّا تأخذه في الحسبان إلا كي تضعه بين قوسين. يجب على الطبيب بالتأكيد التعرف إلى «بنية أجسادنا الداخلية»، ولكن من أجل أن يطرحها جانبًا، ويحرر كلّ ما دونَ معاينته «طبيعةَ الأعراض والنوبات وائتلافها، والملابسات الأخرى التي تصاحب الأمراض»[14]. ليس المرَضي هو الذي ينشط، من منظور الحياة، **كمضاد للطبيعة**، إنما هو المريضُ بالنظَر إلى المرض نفسه.

إضافة إلى المريض، هناك الطبيب أيضًا. يكون تدخّله عنيفًا إذا لم يكن هذا التدخل خاضعًا بصرامة للنظام المثالي المتعلق بالمنزوليات: «إن معرفة الأمراض هي بوصلة الطبيب، ويعتمد نجاح الشفاء على معرفةِ المرض بشكل دقيق»؛

---

(13) Sydenham, *Médecine pratique*.

(14) Françis Clifton, *État de la médecine ancienne et moderne, avec un plan pour perfectionner celle-ci*, André Cantwel (trad.) (Paris: [s. n.], 1742), p. 213.

لا تتوجه معاينة الطبيب في البدء إلى هذا البدن العياني، إلى هذا الكل المرئي، إلى هذا المكتمل الواقعي الماثل أمامه، أي إلى المريض، وإنما تتجه إلى فواصل في الطبيعة، إلى نواقص وإلى تباينات، حيث تظهر كما في الصورة المسودة [السلبية] «العلاماتُ التي تفرق بين مرض وآخر، وبين الصحيح والخطأ، وبين الشرعي والهجين، وبين الخبيث والسليم»[15]. إنها شبكة تحتجز المريض الواقعي، وتمنع أي طيش علاجي. فإذا تم تناول الدواء باكرًا، من باب السجال، فإنه يعارض جوهر المرض ويشوشه، ويمنعه من بلوغ طبيعته الحقيقية، وهو بإحداثه هذا الخلل، يجعله غير قابل للعلاج. وخلال فترة تقدمه، يجب على الطبيب أن يحبس أنفاسه فحسب، لأن «بدايات المرض تمت من أجل التعرف إلى صنفه وجنسه ونوعه»، وعندما تتفاقم الأعراض وتأخذ مداها، يكفيه علاجًا «أن تخفف من عنفها وعنف الآلام» [الناجمة عنه]، وفي فترة اكتمال المرض، يجب «متابعة السبل التي تسلكها الطبيعة خطوة خطوة» وتقويتها إذا كانت ضعيفة جدًا، أو تخفيفها «إذا أصرّت بقوة على تدمير ما يضايقها»[16].

في حيّز المرض العقلاني، لا يحتلّ الأطباء والمرضى مكانهم بشكل لا نزاع فيه، إنما يحصل تكبّدهم كمقدار من التشويش الذي يصعب تجنبه. ويكمن الدور الغريب للطب، في المقام الأول، في تحييدهم، وفي حفاظه على المسافة القصوى في ما بينهم كي تصبح صورة المرض مثالية، ضمن الفراغ الماثل بينهم، شكلًا ملموسًا، حرًا مكتملًا في النهاية ضمن لوحة راسخة، آنية، من دون سماكة ومن دون سر حيث تنفتح المعرفة من تلقاء نفسها على نظام الجواهر.

إن الفكر التصنيفي يتخذ لنفسه حيزًا جوهريًا. لا يقوم المرض إلا فيه، لأن هذا الحيّز يكوّنه كطبيعة. غير أن المرض يظهر دومًا منزاحًا قليلًا بالنسبة إليه لأنه يصير متاحًا في مريض واقعي، أمام عين طبيب معدٍّ سلفًا. إنّ حيز الصورة المسطح الواضح هو، في آن، الأصل والنتيجة النهائية: الأمر الذي يتيحُ، منذ البداية، إمكان حصول معرفة طبية عقلانية ومؤكدة، ونحوه يجب أن يتابع السير عبر ما يخفيه

(15) François Frier, *Guide pour la conservation de l'homme* (Grenoble: [s. n.], 1789), p. 113.

(16) Toussaint Guindant, *La Nature opprimée par la médecine moderne, ou la nécessité de recourir à la méthode ancienne et hippocratique dans le traitement des maladies* (Paris: [s. n.], 1768), pp. 10-11.

عن النظر. هناك إذًا عمل طبي بالكامل يتضمن الالتحاق بشرطه البحث، لكن من طريق ينبغي أن يَمحو فيها كل خطوة من خطواته، لأنه يبلغ هدفه بواسطة تحييده، ليس الحالات التي يستند إليها فحسب، بل تدخلَه الخالص أيضًا. من هنا، الصفة الغريبة للمعاينة الطبية، أنها مأخوذة في دوامة لا تنتهي: فهي تتوجه إلى ما هو مرئي في المرض – لكن بدءًا بالمريض الذي يخفي هذا العنصر المرئي من خلال إظهاره، وبالتالي عليه أن يتعرف إليه من أجل أن يُعرف. وهذه المعاينة، وهي تتقدّم، تتراجع لأنها لا تمضي إلى حقيقة المرض إلا بتركه يتغلب عليها، بتواريها بذاتها، وبترك الداء ينجز بنفسه طبيعته، بظواهره كافة.

يظهر المرض الذي تبدو معالمه على اللوحة، من خلال البدن. وهناك يلتقي بحيّز تكون هيئته مختلفة تمامًا: إنه حيز الأجرام والكتل، حيز الإدراك الحسي. تحدد شروطُه الأشكالَ المرئية التي يتخذها الداء ضمن العضوية المريضة: أي الطريقة التي بها يتوزع المرض في الجسم البشري، ويظهر، ويتقدم تاركًا أثره في المواد الصلبة والحركات أو الوظائف، فيسبب آفات مرئية في الجثة، ويطلق الأعراضَ في نقطة أو أكثر، ويحرّض ارتكاسات، ثم يتجه إلى نهاية مفجعة أو حَسَنة. يتعلق الأمر بهذه الصور المعقدة والثانوية التي من طريقها يتوافق جوهرُ المرض وبنيتُه في اللوحة، مع الجرم السميك والكثيف للعضوية، ويتجسد فيها.

كيف يتمكن حيز الأصناف المسطح والمتجانس من أن يصبح مرئيًا ضمن منظومة جغرافية من الكتل المتمايزة بحجمها وبُعدها؟ كيف يتمكن مرض محدد بـ **موقعه** ضمن عائلة، من أن يتميز من طريق **مقره** ضمن العضوية؟ تلك هي المشكلة التي يمكن أن ندعوها **المَوضَعة الثانوية** [التوضّع المكاني الثانوي] لما هو مرضي.

بالنسبة إلى الطب التصنيفي، لا تكون إصابة عضوٍ ما ضروريةً بالكامل أبدًا من أجل تحديد المرض: ذلك أن المرض يمكن أن يغير موضعه من نقطة إلى أخرى، وأن يصيب سطوحًا أخرى من البدن مع بقائه متماثلًا من حيث الطبيعة. لحيّز البدن وحيّز المرض الحريةُ في أن ينزلق أحدهما بالنسبة إلى الآخر. هكذا، تتمكن إصابة تشنجية واحدة من أن تنتقل من أسفل البطن، حيث تحرض عسرًا في الهضم واحتقانات حشوية وتقطعًا في الحيض الشهري أو الباسوري، إلى الصدر فتسبب ضيقًا في التنفس وخفقانًا وإحساسًا بغصّة في الحلق ونوبات من السعال،

وأخيرًا يمكن أن تبلغ الرأسَ محرضةً اختلاجات صرعية، وغشيًا أو سُباتًا[17]. هذه الانزلاقات التي يصاحبها مقدار من التبدل في الأعراض، يمكن أن تحصل مع الزمن عند فرد واحد، ويمكن أن نجدها أيضًا من خلال فحص سلسلة من الأفراد حيث تكون نقاط الشكوى مختلفة: ففي شكله الحشوي يصادَف التشنج [المغص] (Spasme)، خصوصًا عند الأشخاص ذوي المزاج البلغمي، وفي شكله الدماغي يصادَف عند ذوي المزاج الدموي. لكن، في جميع الأحوال لا تتعرض هيئة المرض الأساسية للتغيير. صحيح أن الأعضاء هي الدعامات الصلبة للمرض، إلا أنها لا تشكل أبدًا شروطه الضرورية. إن منظومة النقاط التي تحدد صلة الإصابة بالعضوية، ليست ثابتة ولا ضرورية. وليس لها حيز مشترك محدد تحديدًا مسبقًا.

في هذا الحيّز البدني، يتجول المرض بحرية، ويخضع لانتقالات وتحولات. غير أن الانتقال يعدّل بنيته جزئيًا. يمكن أن يصبح الرعاف [نزف الأنف] مثلًا نفثًا دمويًا (Hémoptysie) أو نزفًا دماغيًا، وحده الشكل النوعي لانصباب الدم يجب أن يبقى قائمًا. لهذا السبب، كان لطب الأنواع، طَوال تاريخه المهني، جزء مرتبط بميدان التداعيات [الودية] - [و] ليس أمام المفهومين إلا أن يقوي أحدهما الآخر من أجل توازن المنظومة التام. ففي بعض الأحيان يكون التواصل بالتداعي [الودي] عبر الجسم البشري مضمونًا من طريق وسيط [إبدال] يمكن تعيينه موضعيًا (الحجاب الحاجز (Diaphragme) بالنسبة إلى المغص [التشنجات]، أو المعدة بالنسبة إلى احتقانات [تحفُّل] (Engorgement الخلط)، وأحيانًا من طريق منظومة انتشار تتوزع في كامل البدن (الجهاز العصبي في حال الآلام والاختلاجات، الجهاز الوعائي في حال الالتهابات)، وفي حالات أخرى من طريق مجرد تقاطع وظيفي (تثبيط المفرزات ينتقل من الأمعاء إلى الكلى، ومن هذه إلى الجلد)، أخيرًا من طريق انتقال الحس من منطقة إلى أخرى (آلام قطنية في القيلة المائية [الأدرة] (Hydrocèle)). لكن هذا التوزيع التشريحي الجديد للمرض، أكان عبر تقاطع أم انتشار أم وسيط، لا يبدّل بنيته الرئيسة، ذلك أن التداعي [الودي] يؤمّن العملية بين حيّز التوضّع وحيّز التمظهر [الشكل الذي يتخذه المرض]: إنه يحدد حريتهما المتبادلة وحدود هذه الحرية.

---

(17) *Encyclopédie*, article «Spasme».

بدلًا من كلمة حد، كان يجب أن نقول عتبة. لأنه في ما هو أبعد من الانتقال بالتداعي [الودي] والتماثل الذي يسمح به، يمكن أن تقوم صلة بين مرض ومرض هي من مرتبة سببية، من دون أن تكون من مرتبة القرابة. ذلك أن شكلًا مرضيًا يستطيع، بفضل قوة خلق خاصة به، أن يولّد من نفسه شكلًا آخر، نائيًا في اللوحة المنزولية. فالبدن هو مكان التراكب والتعاقب وامتزاج الأنواع المختلفة. من هنا، بعض التعاقبات المنتظمة أو على الأقل المتواترة، كما هي الحال بين الهوس (Manie) والشلل. كان هاسلام (Haslam) يَعرف مرضاه المصابين بالهذيان من خلال «كلامهم المضطرب، وفمهم المائل، وأذرعهم وسيقانهم الفاقدة الحركات الإرادية، وذاكراتهم الضعيفة»، الذين كانوا معظم الأحيان «لا يعون حالتهم»[18]. لا يكفي تراكب الأعراض وتواقت أشكالها القصوى، من أجل تشكيل مرض واحد: مثلًا، التباعدُ بين التهيج اللفظي وهذا الشلل الحركي ضمن لوحة القرابات المرضية يمنع من أن يتغلب عليه تقاربُهما على صعيد التسلسل الزمني ويقرر الوحدة. من هنا، فكرة السببية التي تتجلى في انزياح زمني طفيف: أحيانًا يظهر الهوس في البداية، وأحيانًا أخرى تحرض العلاماتُ الحركية مجملَ الأعراض: «تشكل الإصابات الشللية سببًا للجنون أكثر تواترًا بكثير مما نعتقد، وهي أيضًا نتيجة شائعة جدًا للهوس». ما من انتقال بالتداعي [الودي] يمكنه هنا اجتياز هذه الفجوة بين الأنواع، ولا يكفي تضامن الأعراض في الجسم البشري لتشكيل وحدة تتعارض مع الجواهر. هناك إذًا، علاقة سببية بين - منزولية دورُها معاكسٌ للودّي: الودي يحفظ الشكل الأساس من خلال اجتيازه الزمان والمكان، أما السببية فتؤكد التزامنات والتقاطعات التي تعكر النقاوات الجوهرية.

يؤدي الزمن في علم الأمراض هذا دورًا محدودًا. من المتفق عليه أن المرض يمكن أن يدوم، وأنه في هذا السير يمكن أن تظهر الهجمات، كل نوبة بدورها؛ ومنذ أبقراط[19] يقوم الأطباء بحساب الأيام الحاسمة للمرض: «عندما تظهر النبضة القافزة مع النبضة الثلاثين، أو نحو ذلك، يحصل النزف بعد أربعة أيام،

---

(18) John Haslam, *Observations on Madness and Melancholy* (London: [s. n.], 1798), p. 259.

(19) أبقراط (Hippocrate) (460-377 ق.م)، طبيب إغريقي يلقَّب بأبي الطب، وضع نظرية الأخلاط، ويُنسب إليه قَسَم الأطباء الشهير. (المترجم)

وعندما تحدث مع كل 16 نبضة، يحصل النزف بعد ثلاثة أيام... وأخيرًا عندما يحدث مع رابع أو ثالث أو ثاني كل نبضة، أو عندما تكون مستمرة، علينا أن نتوقع النزف في مهلة 24 ساعة»[20]. لكن هذه المدة المثبتة بالأرقام تشكل جزءًا من البنية الأساس للمرض، مثلما يمكن أن تصبح النزلة المزمنة بعد زمن معيّن حمى سلّية. لا توجد عملية تطور، حيث تقدِّم المدةُ من ذاتها وبإصرارها وحدة حوادث جديدة. لقد اندمج الزمن بوصفه ثابتًا منزوليًا، وليس متغيرًا عضويًا؛ ذلك أن زمنَ البدن لا يؤثر في زمن المرض، وقلما يحدده.

إن الذي يصل بين «الجسد» الجوهري للمرض والجسد الحقيقي للمريض، ليس إذًا نقاط التوضّع ولا آثار المدة، بل النوعية. ففي إحدى التجارب التي ذُكرت في الأكاديمية الملكية في بروسيا (Prusse) أوضح ميكل (Meckel) في عام 1764 كيف لاحظ تبدلات الدماغ في الأمراض المختلفة. فهو عندما يشرِّح جثة يأخذ من المخ مكعبات صغيرة متساوية الحجم (ستّة خيوط جانبية) من مناطق مختلفة في كتلة الدماغ: يقارن هذه العيّنات بعضها ببعض، ثم بعينات مأخوذة من جثث أخرى. كان الميزانُ الأداةَ الدقيقة المعتمدة في هذه المقارنة؛ ففي السل، مرض الإنهاك، يكون الوزن النوعي للدماغ أخف نسبيًا منه في السكتة الدماغية التي تصنف أنها مرض احتقان (1 درهم و4/ 3 غرام مقابل 1 درهم و6 أو 7 غرامات)، في حين أنه عند شخص طبيعي مات ميتة طبيعية، يكون الوزن وسطيًا بين: 1 د و5 غ. يمكن أن تتنوع هذه الأوزان تبعًا للمناطق الدماغية: ففي التدرن (Tuberculeuse) يكون المخيخ (Cervelet) خفيفًا، وفي السكتة الدماغية تكون المناطق المركزية ثقيلة[21]. هناك إذًا، بين المرض والجسم البشري نقاط ارتباط محددة الأماكن بشكل جيد تبعًا لمبدأ مناطقي، لكن المقصود فحسب هو قطاعات حيث يفرز المرضُ صفاتِه النوعية أو يَنقلها: يكون دماغُ المصابين بالهوس خفيفًا وجافًا وهشًا، لأن الهوس ناشط وحار وانفجاري، ويكون دماغ المصابين بالسل منهكًا

---

(20) Francisco Solano de Luques, *Observations nouvelles et extraordinaires sur la prédiction des crises, par les pouls*, Enrichies de plusieurs cas nouveaux par M. Nihell, Traduites de l'anglois par M. Lavirotte (Paris: [s. n.], 1748), p. 2.

(21) تقرير منشور في: *Gazette Salutaire* (2 août 1764).

وواهنًا وخاملًا وفقيرًا بالدم، لأن السلّ يندرج في الصنف العام للنزف، أي إن مجمل التوصيفات التي تميّز المرض، يتوضّع في عضو يعتبر حاملًا الأعراض. ولا يتواصل المرض والبدن إلا من طريق العنصر غير المكاني للصفة.

نفهم في هذه الشروط أن الطبّ يبتعد من شكل معين من المعرفة يطلق عليه سوفاج «رياضيات»: «التعرّف إلى الكميات ومعرفة قياسها، مثل تحديد قوة النبض وسرعته، أو درجة الحرارة، أو كثافة الألم، أو شدة السعال، وأعراض أخرى من هذا القبيل»[22]. وإذا كان ميكل قد استخدم القياس، لم يكن ذلك من باب تبيّن معرفةٍ ذات شكل رياضياتي، بل من باب معايرة كثافة الصفة المرضية التي يتألف منها المرض. ما من ميكانيكا (Mécanique) قابلة للقياس في البدن تستطيع، بخصائصها الفيزيائية أو الرياضياتية، أن تقدِّم تفسيرًا لظاهرة مرضية؛ فالاختلاجات ربما تكون محددة من طريق اليبوسة والانكماش في الجهاز العصبي - وهذا من مرتبة الميكانيكا، لكنها ميكانيكا الصفاتِ التي ترتبط بحلقات، والحركاتِ التي تتمفصل، والتقلباتِ التي تنطلق متسلسلة، وليست ميكانيكا لشدف تقبل التكميم. قد يكون المقصود [نزعة] آلية[23] (Mécanisme)، لكنها لا تعود إلى مرتبة الميكانيكا. «يجب على الأطباء أن يقتصروا على معرفة قوى الأدوية والأمراض بواسطة عملياتهم، أن يتمكنوا من ملاحظتها بعناية وتمحيصها لمعرفة قوانينها، وأن لا يألوا جهدًا في البحث عن الأسباب الفيزيائية»[24].

إن فهم المرض في المريض يفترض إذًا معاينة كيفية، ومن أجل الإمساك بالمرض، ينبغي النظر إلى حيث يوجد الجفاف والحرارة والتهيج، وإلى حيث توجد الرطوبة والانصباب والوهن. كيف نميز في الحمى نفسها، والسعال نفسه، والإنهاك نفسه، مرض الجنب ذاته من السل، إذا لم نكن نميز هنا التهابًا جافًا في الرئتين، وهناك انصبابًا مَصْلِيًا؟ كيف نميز، إن لم يكن من طريق صفتها،

---

(22) Boissier de Sauvages, t. 1, pp. 91-92.

(23) النزعة الآلية (Mécanisme) تقول إن الأجسام الحيّة كافة تخضع لقوانين الفيزياء والكيمياء، مقابل النزعة الحيوية. (المترجم)

(24) Samuel Auguste André David Tissot, *Avis aux gens de lettres sur leur santé* (Lausanne: [s. n.], 1767), p. 28.

الاختلاجات عند مريض بالصرع يشكو من التهاب دماغي، والاختلاجات عند مريض مراقي [وسواسي] (Hypocondriaque) مصابٍ باحتقان في الأحشاء؟ المطلوب هو فهم دقيق للصفات، فهم الاختلافات بين حالة وأخرى، فهم دقيق للتنويعات - يجب أن تكون هناك قراءة تأويلية كاملة للواقعة المرضية بدءًا من خبرة مطوَّعة ومتنوعة؛ يجب أن تقاس الاختلافات أو التوازنات أو الزيادات أو النواقص: «الجسم البشري مؤلف من أوعية وسوائل... فعندما تكون متانةُ الأوعية والألياف غير زائدة وغير ناقصة، وعندما تكون حركتها غير مفرطة وغير قليلة، يكون الإنسان في حالة الصحة، وإذا كانت الحركة... مفرطة القوة فإن الجوامد تصبح قاسية، والسوائل تصبح لزجة، وإذا كانت ضعيفة جدًا، فإن الألياف ترتخي، والدم يصبح مخففًا»[25].

بذلك، تصبح المعاينة الطبية، المفتوحة على هذه الصفات الدقيقة، منتبهة بالضرورة إلى التغيرات كافة، ويستند كشف مغاليق المرض بخصائصه النوعية إلى شكل دقيق من الملاحظة التي يجب أن تقدر كل توازن خاص - فريد. لكن، ممَّ تتألف هذه الخصوصية - الفرادة؟ إنها ليست خصوصية «عضوية» (organisme) تتسلسل فيها العملية المرضية والارتكاسات بطريقة لا مثيل لها من أجل تشكيل «حالة»، بل نحن أمام ضروب كيفية للمرض، تضاف إليها الضروب التي يمكن أن تقدمها الأمزجة من أجل تعديلها [للضروب الكيفية] في المرحلة الثانية. إن ما يسميه الطب التصنيفي «قصصًا خاصة» هو نتائج التعدد الناجمة عن التنويعات الكيفية (الناجمة عن الأمزجة) التي تصيب الصفات الجوهرية المميزة الأمراض. هكذا، يجد الفردُ المريضُ نفسه في نقطة تظهر فيها نتائج هذا التعدد.

من هنا، موقعه الغريب. إن من يريد أن يعرف المرض، عليه أن يطرح الفرد مع صفاته الخاصة جانبًا، يقول زمرمان: «ثبّت صانع الطبيعة سير معظم الأمراض من طريق قوانين ثابتة ستُكشف قريبًا إذا لم يتوقف سيرُ المرض أو يضطرب من جانب المريض[26]. على هذا الصعيد، ليس الفرد سوى عنصر سلبي. لكن المرض لا يمكن أن يحصل أبدًا خارجَ مزاج، خارجَ صفاته وشدتها أو ثقلها، وعندما

---

(25) Ibid., p. 28.

(26) George Zimmermann, *Traité de l'expérience*, tr. fr., t. 1 (Paris: [s. n.], 1800), p. 122.

يحتفظ جيدًا بملامحه كلها، فإن سماته بتفصيلاتها تتلوّن دومًا بتلوينات مفردة. وزمرمان نفسه، الذي لم يميّز في المريض إلا صورته السلبية، وقع أحيانًا، خلافًا للتوصيفات العامة لسيدنهام، «تحت إغراء أن لا يقبل سوى روايات المريض الخاصّة. وحتى لو كانت الطبيعة بسيطة في المجمل، فهي مع ذلك متنوعة في الأجزاء، وبالتالي يجب أن يكون الهدف معرفتها في الكل وفي الأجزاء»[27].

صار طبّ الأنواع منخرطًا في انتباه متجدد إلى الفرد - هو انتباهٌ لجوجٌ دومًا وأقل قدرة على احتمال أشكال الإدراك العامة، وقراءات الجوهر المتسرّعة. كان ثمة «طبيب مشهور يدعى إسكولاب[28] (Esculape) وكان لديه كل صباح ما بين 50و60 مريضًا في غرفة الانتظار، يصغي إلى شكاوى كل واحد منهم، ويرتبها في أربعة صنوف، يصف للمريض الأول فصد دم، وللثاني مليّنات، وللثالث حقنة شرجية، وللرابع تغيير الهواء»[29]. إن ذلك ليس بطبّ، وكذلك الأمر بالنسبة إلى الممارسة في المستشفى التي تقتل القدرة على المشاهدة (الملاحظة)، وتخنق مواهب المشاهِد بسبب كثرة الأشياء التي وجب عليه ملاحظتها. إن الفهم الطبي يجب ألا يتوجّه إلى سلاسل ولا إلى مجموعات، وإنما عليه أن يبني نفسه باعتباره نظرة عبر «عدسة مكبرة تجعله، عند تطبيقها على أقسام مختلفة من الموضوع، يشاهد فيه أيضًا أقسامًا أخرى لم تكن تتيسّر رؤيتها من دونها»[30]، وأن يباشر العمل اللانهائي لفهم الأفراد الوهنين. في هذه النقطة، نلتقي ثانية بثيمة الصورة الشخصية المشار إليها سابقًا. المريض هو المرض وقد اكتسب سمات مفردة، ها هو المرض وقد قُدِّم بما فيه من ظلال وقسمات وتغيرات وفروق وعمق، وسيكمن جهد الطبيب، عندما يصف المرض، في إعادة بناء هذه الكثافة الحية: «يجب أن يقدِّم عِلَلَ المريض نفسها، ومعاناته نفسها، مع حركاته نفسها وحالته ذاتها وتعبيراته وشكواه عينها»[31].

---

(27) Ibid., p. 184.

(28) إسكولاب: لقب للطبيب المشهور تيمّنًا بإله الطب عند الإغريق. (المترجم)

(29) Ibid., p. 187.

(30) Ibid., p. 127.

(31) Ibid., p. 178.

كان طب الأنواع يضع المرض في منطقة التماثلات حيث لم يكن في إمكان الفرد أن يحظى بكيان فعلي، وذلك من طريق المَوضعة الأولية [تحديد الحيّز الأولي]. في المقابل، فإن المطلوب، في الموضعة الثانوية، هو فهم حادّ للفرد، متحرّرٌ من البنيات الطبية الجماعية، ومتحررٌ من معاينةِ أي جماعة ومن تجربة المستشفى بالذات. [وبهذا المعنى يكون] الطبيب والمريض ملتزمين تقاربًا لا ينفك يتزايد، ومرتبطين معًا: فالطبيب من طريق معاينةٍ ترصد، يركّز باطّراد ويخترق المريض من طريق الصفات الفريدة من نوعها والصامتة التي تشي فيه - بمعنى أنها تبدي أشكالَ المرض المرتبةَ وتنوّعَها. وما بين الخصائص المنزولية والسمات النهائية المقروءة على وجه المريض، تكون الصفات قد طافت على الجسد بحرية. وفي هذا البدن، لا يحق للمعاينة الطبية أن تبقى طويلًا، على الأقل في سماكاته وفي وظيفته.

سنطلق تعبير «موضَعة ثالثية» [تحديد فضاء - حيّز ثالثي] (Spatialisation tertiaire) على مجمل المبادرات (Gestes) التي يحاط بها المرض، في مجتمع معين، ويوظَّف من الناحية الطبية ويُعزَل ويوزَّع في مناطق مفضلة ومغلقة، أو ينتشر عبر مراكز العلاج، المُعَدّة بطريقة ملائمة. لا يعني تعبير ثالثي بنيةً ثانوية وأقل جوهرية من السابقتين، فهو يتطلب منظومة من الخيارات تكشف الطريقة التي تمارس بها جماعةٌ ما الإقصاء كي تحافظ على نفسها وتحميها، فتنشئ أشكالَ المساعدة، وترتكس حيالَ الخوف من الموت، فتدفع الشقاء (عن المريض) وتخففه، وتتدخل في الأمراض أو تدعها لمسارها الطبيعي. بيد أن المقارنة تلك قائمة مع باقي أشكال الموضعة المكانية، وهي أكثر الأشكال المختلفة عرضة للجدلية [الديالكتيك]: مؤسسات غير متجانسة، فوارق زمنية، صراعات سياسية، مطالب ويوتوبيات، ضغوط اقتصادية، مواجهات اجتماعية. وفي هذا التوضّع (الثالثي) تدفع مجموعةٌ من الممارسات والمؤسسات الطبية بالكامل، المَوضَعة الأولية والثانوية إلى التدخل في أشكال فضاء اجتماعي تكون نشأتُه وبنيته وقوانينه من طبيعة مختلفة. ومع ذلك، أو بالأحرى لهذا الداعي بالذات، نشأ الكثير من التساؤلات الأكثر جذرية. وقد حصل أنه بدءًا من الموضعة الثالثية تنقلب التجربة الطبية بكاملها وتُحدد لتصوراتها الأكثر ملموسية أبعادًا وأرضية جديدة.

يملك المرضُ، في طبّ الأنواع، وتبعًا لحقّ الولادة، أشكالًا ومواسم غريبة عن فضاء المجتمعات. هناك طبيعة للمرض «متوحشة» هي طبيعته الحقيقية ومساره المؤكد معًا: فهو كفيلٌ وحده بأن يُظهر عروقَ جوهره المنظمة والشبيهة بعروق النباتات، وذلك بمنأى عن أي تدخّل، ومن دون أي تضليل طبّي. لكن، بمقدار ما يصير الفضاء الاجتماعي الذي يقع فيه معقدًا، يتجرّد من طبيعته. لم يكن الناس قبل الحضارة يصابون بأمراض سوى تلك الأشدّ بساطة، والتي لا بد منها. ومن هذا القبيل، بقي الفلاحون وعموم الناس أقرب إلى اللوحة المنزولية الرئيسة، وأتاحت لها بساطةُ حياتهم تظهيرَ ترتيبها المنطقي: فلم تكن لديهم أمراض عصبية متنوعة ومعقدة وممتزجة، إنما سكتات دماغية عنيفة أو نوبات صريحة من الهوس[32] [المسّ] (Manie). هكذا، بمقدار ما تتحسن شروط الحياة، ويشتدّ خناق الشبكة الاجتماعية على الفرد، فإنّ «الصحة تتبدّى وقد تناقصت من حيث درجتُها». لذا، تتنوع الأمراض ويقترن بعضها ببعض، ويصبح عددها كبيرًا «لدى الطبقة الأعلى من البرجوازية... وهو أعلى ما يمكن عند عليّة القوم»[33].

إن المستشفى، على غرار الحضارة، مكان مصنوع حيث يوشك المرَضُ المزدرع فيه، أن يفقد وجهه الجوهري. فهو سرعان ما يلاقي هناك شكلًا لاختلاطات يدعوها الأطباء حمى السجون أو المستشفيات: وهن عضلي، لسان جاف وكتّاني، وجه شاحب، جلد رطب، إسهال، بول مصفر، وضيق في التنفس، ثم الموت في اليوم الثامن أو الحادي عشر، أو كأقصى حد في الثالث عشر[34]. وبشكل أعمّ، فإن الاحتكاك بباقي الأمراض، في هذه الحديقة الشعثاء [المهملة] حيث تتقاطع الأنواع، يبدّل طبيعة المرض الخالصة ويحيله عصيًّا على القراءة؛ إذ كيف يمكن في هذا القرب الضروري «إصلاح الرائحة الكريهة الخبيثة التي تفرزها أبدان المرضى، من الأطراف المتماوتة [المصابة بالغنغرينا] والعظام المنخورة

---

(32) Samuel Auguste André David Tissot, *Traité des nerfs et de leurs maladies*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1778-1780), pp. 432-444.

(33) Samuel Auguste André David Tissot, *Essai sur la santé des gens du monde* (Lausanne: [s. n.], 1770), pp. 8-12.

(34) Jacques Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* (Paris: [s. n.], 1788), p. 451.

والتقرّحات المُعدية، للحمّيات العفنة»[35]؟ وبعدُ، هل يمكن محو الانطباعات المزعجة التي تحدثها هذه الحمّيات في المريض، المنتزع من بيئته الأسرية، هذه المنازل التي لا يراها كثر إلا «معابد للموت»؟ فهذه العزلة وهذا اليأس يُحدثان اضطرابًا في مسار المرض الطبيعي، يضاف إلى الارتكاسات السليمة التي تصيب أعضاء المريض. بناء عليه، وجب أن يتوافر طبيب مستشفى حاذق جدًا «من أجل أن يتجنّب خطر الخبرة الخاطئة التي قد تنجم عن الأمراض المصطنعة، والتي ينبغي له أن يوليها عنايته في المستشفيات. وفي الحقيقة، ما من مرض صافٍ في المستشفى»[36].

إن المكان الطبيعي للمرض، هو المكان الطبيعي للحياة، أي الأسرة: حيث اللطف في العناية التلقائية، والتعبير عن الارتباط، والرغبة المشتركة في الشفاء، وهذا كله يؤازر عمل الطبيعة التي تكافح الداء، فيمضي الداء من تلقاء نفسه إلى حقيقته؛ في حين أن طبيب المستشفى لا يرى سوى أمراض محرَّفة، تعرضت للتحوّل، وحالةٍ مرضية مشوهة بالكامل، فإن الطبيب الذي يعالج في البيت «يكتسب خلال فترة وجيزة من الزمن خبرةً حقيقية قائمة على الظواهر الطبيعية لدى أنواع الأمراض كافة»[37]. في هذا الشأن، يقتضي، حكمًا، أن تحظى مهمة هذا الطب في وسط الأسرة بالاحترام: فهو إذ «يشاهد المرضى، ويساعد الطبيعة من دون قسرها، وينتظر، فإنه يقرّ بتواضع أنه ما زالت تنقصنا معارف كثيرة»[38]. هكذا ينتعش، في علم أمراض الأنواع، إحياءٌ للسجال القديم في شأن الطب الفاعل (Agissante) والطب المترقِّب[39] (Expectante). يميل أطباء المنزوليات إلى

---

(35) Thomas Percival, «Lettre à M. Aikin» dans: Jean Aikin, *Observations sur les hôpitaux, Relatives à leur construction, aux vices de l'air d'hôpital, aux moyens d'y remédier*, tr. fr. (Paris: [s. n.], 1777), p. 113.

(36) Pierre-Samuel Dupont de Nemours, *Idées sur les secours à donner aux pauvres malades dans une grande ville* (Paris: [s. n.], 1786), pp. 24-25.

(37) Ibid.

(38) Pietro Moscati, *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique, discours inaugural, prononcé le 10 ventôse an VII de la République*, Charles Sultzer (trad.) (Strasbourg: [s. n.], an VII), pp. 26-27.

(39) يُنظر: Félix Vicq-d'Azyr, *Remarques sur la médecine agissante* (Paris: [s. n.], 1786).

النوع الأخير، وها هو أحدهم، فيتيه (Vitet)، يصرُّ على هذا النحو، في تصنيفه الذي يتضمن أكثر من ألفي نوع، وعنوانه **الطب المترقب** (*Médecine expectante*)، على أن يصف الكينا (Quina) دومًا لمساعدة الطبيعة على إتمام سيرها الطبيعي[40].

إذًا، ينطوي طب الأنواع على توزّع مكاني حرّ للمرض، من دون منطقة مفضلة، ومن دون ضغوطات تفرضها ظروف المستشفى - إنه نوع من توزيع تلقائي في موضع تولّده ونموه، يقتضي إشغاله باعتباره الموضعَ الذي يظهر فيه [المرض] وينمّي جوهره وينجزه، حيث يبلغ ختامه الطبيعي: إما بالموت الذي لا يمكن تفاديه إن كان ذلك قانونه، وإما بالشفاء، الممكن غالبًا إذا لم يأت شيء يعكر طبيعته. فحيثما يظهر المرض، يفترض أن يختفي بالحركة ذاتها. وينبغي عدم تقييده في مجال معدٍّ طبيًا، بل ينبغي تركه، بالمعنى الفعلي للتعبير، «ينبت» في تربته الأصلية: أي المنزل، حيث الفضاء الاجتماعي المتصوَّر بشكله الأكثر طبيعية، الأكثر بدائية، الأكثر وثوقًا من الناحية الأخلاقية، المنطوي على نفسه والشفاف بالكامل في آن، هناك حيث يُترك المرض على سجيّته. والحال أن هذه التيمة تتوافق بالضبط مع الطريقة التي انعكست بها مسألة المعونة [التمريضية] في الفكر السياسي.

كان انتقاد مؤسسات الاستشفاء المحلَّ العام للتحليل الاقتصادي في القرن الثامن عشر. فالأوقاف التي تعتمد عليها غير قابلة للتحويل: إنها الجزء المستحق دومًا للفقراء. لكن الفقر لا يدوم، ويمكن أن تتبدل الحاجات، كما يجب على المعونة أن تقدَّم بالتناوب إلى المقاطعات أو المدن التي تحتاج إليها. ولن يكون ذلك انتهاكًا لرغبة المانحين، وإنما يكون استعادة لشكلها الحقيقي، «ذلك أن هدف هؤلاء (المانحين) الرئيس هو خدمة العامة، والتخفيف عن الدولة؛ ومن دون الابتعاد من قصد المؤسسين، وانسجامًا مع رؤيتهم بالذات، يجب النظر إلى جميع الأوقاف المخصصة بالمستشفيات على أنها كتلة مشتركة»[41]. يجب على

(40) Louis Vitet, *Médecine expectante*, 6 vols. (Paris: [s. n.], 1806).

(41) Claude-Humbert Piarron de Chamousset, «Plan général pour l'administration des hôpitaux,» dans: *Vues d'un citoyen: Première partie*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1757).

المنشأة، المفردة التي لا تمس، أن تذوب لمصلحة نظام معونة معممة، يكون المجتمعُ بالنسبة إليه المديرَ الوحيد والمستفيد غير المتمايز في آن. وهذا، من جهة أخرى، خطأ اقتصادي في أن يتم إسناد المعونة إلى تجميد رأس المال - أي إلى إفقار الأمة الذي يقود أيضًا إلى الحاجة إلى منشآت أخرى: من هنا، في نهاية المطاف، خنق للنشاط. يجب عدم تعليق المعونة لا بالثراء المنتِج (رأس المال)، ولا بالثراء المنتَج (العوائد التي تقبل دومًا الرسملة)، بل بالمبدأ ذاته الذي يُنتج الثراء: أي على العمل؛ إذ من خلال جعل الفقراء يعملون، يقدَّم الغوث من دون إفقار الأمة[42].

ما من شك في أن المريض غير قادر على العمل، لكن إذا ما وُضع في المستشفى، يصبح عبئًا مضاعفًا على المجتمع: ذلك أن المساعدة التي يستفيد منها تخصه وحده، وتترك عائلته عرضةً للبؤس والمرض. ثم إن المستشفى الذي يخلق المرض من طريق المجال المغلق والموبوء الذي يشكله، يعيد خلقه ثانيةً في الفضاء الاجتماعي الذي يقع فيه. فهذا الفصل، المصمم للحماية، ينقل المرض ويضاعفه إلى ما لا نهاية. لكن على العكس، إذا ما تُرك المرض في الحقل الحر لمولده ولتطوره، فهو لن يكون أبدًا أكثر مما هو عليه: سوف يعاود خموده مثلما ظهر، والعناية التي تقدَّم في المنزل ستعوِّض الفقر الذي سبّبه المرض: فالعناية التي يؤمّنها المحيط العائلي تلقائيًا لن تكلف أحدًا شيئًا، والإعانةُ المالية الممنوحة للمريض ستكون مفيدة للعائلة أيضًا: «لا بد أن يأكل أحد ما اللحمَ الذي سيُصنع منه الحساء له، وبتسخين الزهورات [المناقيع] له، لا يتكلف زيادةً من أجل تدفئة أولاده أيضًا»[43]. هكذا، تنقطع سلسلة «مرض الأمراض» [مرض يولّد مرضًا آخر]، وسلسلة الإفقار المستمر للفقراء، حين نتخلى عن فكرة إنشاء مكانٍ متمايزٍ للمريض، منفصل ومخصص، بطريقة مبهمة لكن غير متقنة، لرعاية المرض والوقاية منه.

بغضّ النّظر عن مسوّغاتها، إن ثيمات الاقتصاديين وثيمات الأطباء

---

(42) Turgot, article «Fondation,» dans: *L'Encyclopédie*.

(43) Dupont de Nemours, pp. 14-30.

التصنيفيين، تتوافق في خطوطها العامة؛ إذ إن الفضاء الذي يكتمل فيه المرض ويُعزل ويُنجز، هو فضاء مفتوحٌ بالمطلق، من دون تقسيم أو صورة مفضلة أو ثابتة، ومختزلٌ إلى مستوى المظاهر المرئية وحدها؛ إنه حيز متجانس لا يُسمح فيه بأي تدخل، سوى بمعاينة تمّحي حين تستقر، وبمساعدة تكمن قيمتها في تأثير التعويض الموقت فحسب: فضاء من دون خصائص شكلية خاصة إلا خصائص التشابهات المحسوسة بين فرد وآخر، التي يقدمها طبيب خاص إلى مريض خاص.

لكن الثيمة [الموضوعاتية] تنقلب لأنها دُفعت إلى نهايتها. أفلا تستلزم تجربةٌ طبية، وقد خُفّفت في الفضاء الحر لمجتمعٍ اقتصر على صورة العائلة وحدها، دعمَ المجتمع كله؟ ألا تنطوي على يقظة معممة تشمل باتساعها جماعة في مجملها، لما توفّره للفرد من انتباه خاص؟ كان من الواجب تصور طبٍّ مرتبط بما فيه الكفاية بالدولة كي يتمكن، بالتعاون معها، من تطبيق سياسة ثابتة للمعونة، عامة لكن متمايزة، أي أن يصبح الطب مهمة وطنية. حلم منورِيه (Menuret) في بداية الثورة بعلاج مجاني يؤمنه الأطباء، وكانت الحكومة ستجزيهم عليه من خلال تدفق العائدات الكنسية[44]. ومن هذه الحيثية عينِها، يجب ممارسة الإشراف على هؤلاء الأطباء بالذات، كما يجب منعُ التجاوزات، وحظرُ المشعوذين، إضافةً إلى أنه من خلال تنظيم طب سليم وعقلاني، ينبغي تجنُّب أن تؤدي العناية الطبية في المنزل إلى جعل المريض ضحية وإلى تعريض محيطه للعدوى. على الطب الجيد أن يحظى من الدولة بشهادةِ صلاحية وبحماية قانونية، ذلك أن على الدولة أن «تسعى إلى إيجاد فن حقيقي للشفاء»[45]. إن طبًا يقوم على فهم الفرد، والمساعدة العائلية، والعناية الطبية في المنزل، لا يسعه أن يجد سندًا له ونصيرًا إلا في بنية مضبوطة بالكامل، تغطي الفضاء الاجتماعي بأسره. هكذا، ندخل في شكل جديد بالكامل، يكاد يكون مجهولًا من القرن الثامن عشر، وهو وضع المرض في أماكن ممأسسة. وفيها سيضيع طب الأنواع.

---

(44) Jean-Joseph Menuret, *Essais sur les moyens de former de bons médecins* (Paris: [s. n.], 1791).

(45) Nicolas Jadelot, *Adresse à nos seigneurs de l'assemblée nationale sur la nécessité et les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine* (Nancy: [s. n.], 1790), p. 7.

الفصل الثاني

وعي سياسي

قياسًا على طبّ الأنواع، نزل مصيرٌ فريدٌ بمفاهيم التركيب [المكوّن] (Constitution) والمرض المتوطن والوباء (pidémieé)، في القرن الثامن عشر.

لا بد من العودة إلى سيدنهام وإلى غموض الدرس الذي قدمه: فهو، إضافة إلى كونه باعثَ التفكير التصنيفي، حدد ما يمكن أن يكون عليه وعيٌ تاريخي وجغرافي بالمرض. لا يشكل «التركيب» [المكوِّن] عند سيدنهام طبيعةً مستقلة، بل إنه المعقَّد - على نحو ما تكون العقدة موقتة - النّاجم عن جميع الحوادث الطبيعية: من مثل نوعية التربة والمناخ وفصول السنة والمطر والجفاف والبؤر الطاعونية والفاقة، وفي حال أن كل ذلك لا يتم الانتباه إليه في الظواهر المسجلة، فإنه ينبغي اللجوء إلى الخصائص التي لا تميّز نوعًا صريحًا في حديقة الأمراض، وإنما نواة قاتمة مدفونة في الأرض.

«Variae sunt semper annorum constitutiones quae neque calori neque frigori non sicco humidove ortum suum debent, sed ab occulta potius inexplicabili quadam alteratione in ipsis terrae visceribus pendent»[1].

لن يعود للتركيبات التكوينية أعراضها الخاصة بها: إنها تتحدد بفروق الشدة، وتجمعات غير متوقعة للعلامات، وظواهر أكثر شدة أو ضعفًا: ستكون الحمّيات هنا عنيفة وجافة، وهناك تكون النزلة والانصبابات المصلية أكثر تواترًا، وخلال صيف حار وطويل تكون الاحتقانات الحشوية أكثر عددًا من المعتاد وأكثر عنادًا. قال سيدنهام عن لندن بين حزيران/ يونيو وأيلول/ سبتمبر 1661:

«Aegri paroxysmus atrocior, lingua magis nigra siccaque, extra paroxysmum aporexia obscurio, virium et appetitus prostratio major, major item ad paroxysmum

(1) Thomas Sydenham, «Observationes Medicae,» *Opera Medica* (Genève), vol. 1 (1736), p. 32.
انها دائماً قضايا قديمة ترتبط بالحرارة والبرودة وارتفاعها، ولكنها نوع من التغيّر المكتوم الذي لا يمكن تفسيره والمتواجد في باطن الأرض.

proclinitas, omnia summatim accidentia immaniora, ipseque morbus quam pro more Febrium intermittentium funestior»[2].

لا ترتبط التركيبة بمطلق نوعي تكون هي مظهرَه المعدَّل إلى هذا الحد أو ذاك: لقد تم تصورها فحسب في نسبية الاختلافات - من طريق معاينة قادرة بشكل ما على وضع العلامات التمييزية (Diacritique).

ليس كلُّ تركيب [تكويني] وباءً، لكن الوباء تركيب ذو بذرة أكثر إحكامًا، وذو ظواهر أكثر ثباتًا وأكثر تجانسًا. ولطالما امتدّ النقاش، وما زال، من أجل معرفة هل عرف أطباء القرن الثامن عشر صفته المعدية، وهل طرحوا مسألة العامل المسؤول عن انتقاله. سؤال عديم الفائدة، ويظل غريبًا، أو في الأقل ثانويًا مقارنة بالبنية الأساس: الوباء هو أكثر من شكل خاص للمرض، إنه، في القرن الثامن عشر، طريقة مستقلة ومتماسكة وكافية في النظرة إلى المرض: «نطلق تسمية أمراض وبائية على جميع الأمراض التي تهاجم في الوقت عينه وبصفات لا تتبدل، عددًا كبيرًا من الأشخاص في آن»[3]. لا يوجد إذًا اختلاف في الطبيعة أو في النوع بين المرض الفردي والظاهرة الوبائية؛ إذ يكفي أن تحصل إصابةٌ فردية عددًا معينًا من المرات وبالتزامن كي يحصل الوباء. إن المشكلة حسابية بحت ترتبط بالعتبة: فالإصابة الفردية لا تعدو كونها وباءً دون العتبة. الأمر منوطٌ إذًا بفهم لم يعدْ جوهريًا ترقيميًا (Ordinale) كما في طب الأنواع، إنما بات كميًا ورقميًا[4] (Cardinale).

إن أساس هذا الفهم ليس أنموذجًا خاصًا، إنما هو نواة الظروف. لا يكمن أساس الوباء في الطاعون (Peste) أو في النزلة، ففي مرسيليا عام 1721 وفي بيسَتر (Bicetre) عام 1780 وفي روان عام 1769، «أصاب الأطفالَ، خلال الصيف،

---

(2) Ibid., p. 27.

إن مرضى النوبة الشديدة الحدة، بالإضافة الى اللسان الأسود والجاف، وبصرف النظر عن الجذام الأكثر قتامة، تشهد طاقتهم وشهيتهم ضموراً كبيراً، وهي أشبه بالنوبات التي تصيب الجسم بالاضطراب الى أقصى حد. يمكن تلخيص الأعراض القاسية بما يشبه مرض الحمى المتقطعة القاتلة.

(3) L. S. D. Le Brun, *Traité historique sur les maladies épidémiques* (Paris: [s. n.], 1776), p. 1.

(4) يدلّ العدد الترتيبي (Ordinale) على ترتيب العنصر ضمن مجموعة، فيُقال: أولًا ثانيًا، ثالثًا... أما العدد الأصلي (Cardinale)، فيدل على كمية الأشياء المعدودة، أي: 1، 2، 3... وقد اخترنا كلمتي «ترقيم» و «رقم»، تماشيًا مع الجناس الذي يُكثِر فوكو من استخدامه. (المترجم)

وباءٌ من طبيعة الحميات النزلية اليرقانية [الصفراوية] (Fièvres bilieuses catarrhales) والحميات الصفراوية العفنة [المتفسخة] (Fièvres bilieuses putrides)، اختلطت بالدخنيات (Miliaire)، والحمى الصفراوية المحتدمة (Fièvres bilieuses ardentes) خلال الخريف. وارتكست هذه التركيبة إلى صفراوية متفسخة في نهاية هذا الفصل وخلال شتاء 1769 حتى 1770»[5]. وعلى هذا النحو تُستحضَر الأشكال المرضية المألوفة، لكن بصفتها عوامل في مجموعة معقدة من التقاطعات تحتل فيها مكانًا مماثلًا لمكان العرض بالنسبة إلى المرض. يتحدد الأساس الجوهري بالزمان والمكان و«بهذا الهواء الطلق اللاسع المتدفق» الذي تتصف به نيم (Nimes) خلال الشتاء[6]، أو بالهواء اللزج والفاسد الذي تُعرف به باريس عندما يكون الصيف طويلًا وثقيلًا[7].

إن انتظامية الأعراض لا تدع حكمة النظام الطبيعي تظهر بوضوح، فهي لا تتكلم إلا على ثبات الأسباب، وعلى عناد عامل يحدد ضغطُه الإجماليُّ، الدائمُ التكرار، شكلًا مفضلًا للاعتلالات. ونعزو الأمر أحيانًا إلى سبب يدوم عبرَ الزمن، ويكون محرِّضًا على سبيل المثال، داء تلبد الشعر (Plica) في بولونيا، والخنزرة (Écrouelles) في إسبانيا، وحريّ بنا أن نتكلم حينئذ على أمراض متوطنة (Endémique)، وأحيانًا أخرى يتعلق الأمر بأسباب «تهاجم فجأة عددًا كبيرًا من الأشخاص في مكان واحد، من دون تمييز من ناحية العمر أو الجنس أو المزاج. إنها تمثّل فعلَ عاملٍ عام، لكن بما أن هذه الأمراض لا تنتشر إلا في وقت معين، فإن هذا السبب قدْ ينظَر إليه باعتباره حادثًا عرضيًا بحتًا»[8]: وهذه هي حال

---

(5) Louis Lépecq de la Cloture, *Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques* (Rouen: [s. n.], 1778), p. xiv.

(6) Jean Razoux, *Tableau nosologique et météorologique* (Bâle: [s. n.], 1787), p. 22.

(7) Jean-Joseph Menuret, *Essais sur l'histoire médico-topographique de Paris* (Paris: [s. n.], 1788), p. 139.

(8) Jean Baptiste Banau et François Turben, *Mémoire sur les épidémies du Languedoc, adressé aux Etats de cette province par les sieurs Banau, docteur en médecine, médecin ordinaire de la garde-suisse de monseigneur comte d'Artois, & membre de la Société patriotique-bretonne; & Turben, ancien secrétaire de légation de Sa Majesté impériale, membre de la Société royale des sciences, belles-lettres & arts de Lorraine, de l'Académie royale des belles-lettres de Caën & de la Société patriotique-bretonne* (Paris: [s. n.], 1786), p. 3.

الجدري (Variole) أو الحمى الخبيثة أو الزحار، فهي أوبئة بالمعنى الدقيق للكلمة. وليس ثمة ما يثير الاستغراب في أن المرض لا يظهر عند الجميع بالأعراض ذاتها، على الرغم من التنوع الكبير الذي يكون عليه الأفراد المصابون وفي قابلياتهم وأعمارهم: وهذا يعني أن الجفاف أو الرطوبة، الحرارة أو البرودة، تؤمِّن، ما إن يتطاول فعلها قليلًا، سيطرةَ أحد مبادئنا التكوينية: القلوي، الملحي، الفلوجستي[9] (Phlogistique)، «فنكون إذًا معرضين لهذه الحوادث التي يسببها هذا المبدأ، وينبغي أن تكون هذه الحوادث واحدة على الأفراد المختلفين»[10].

لا يكمن هدف تحليل وباء ما في التعرف إلى الشكل العام للمرض، من خلال وضعه في الحيز المجرد للمنزوليات، إنما عليه أن يعثر، من خلال العلامات العامة، على العملية الفريدة، والمتبدلة بحسب الأحوال من وباء إلى آخر، التي تنسج، من السبب إلى الشكل المرَضي، لُحمةً مشتركة بين جميع المرضى، لكنها فريدة في هذه اللحظة من الزمن، وهذا الموضع من المكان. عَرفتْ باريس في عام 1785 حميات ربعية وحميات مستمرة متفسخة (Synoques putrides)، غير أن ما هو جوهري في الوباء كان «صفراء يابسة في أروقتها، ثم بتحولها سوداويةً (Mélancolique). وبمؤدّى هذا المرض، حصل فقرٌ في الدم فصار سميكًا، بل لزجًا، وأصبحت الأعضاء في أسفل البطن مختنقة، فباتت كلّها أسبابًا للانسداد وبؤرًا له»[11]: باختصار، نوع من فرادة مجملة، فرد متعدد الرؤوس لكن الرؤوس متشابهة، ولا تظهر تقاسيمها إلا مرة واحدة في الزمان والمكان. المرض النوعي يتكرر دومًا بزيادة أو نقصان، أما الوباء فلا يتكرر أبدًا.

ضمن هذه البنية الإدراكية، تكون مشكلة العدوى قليلة الأهمية نسبيًا. ذلك أن الانتقال من فرد إلى آخر ليس جوهر الوباء أبدًا، إنما يمكنه، تحت شكل «التعفن» [الوَبَالة] (Miasme) أو «التخمر» (Levain) اللذين ينتقلان من طريق الماء والرياح والهواء المحصور، أن يشكل أحد أسباب الوباء، إما بشكل مباشر أو أولي (عندما

---

(9) (Phlogistique) هو سائل يُفترَض أنه ملتصق بكل جسم يؤدي تراكمه إلى احتراقه. نظرية طوّرها ستال ثم دحضها لافوازييه حين أثبت أن الاحتراق هو تفاعل كيماوي. (المترجم)

(10) Le Brun, p. 66, n. 1.

(11) Menuret, *Essais sur l'histoire*, p. 139.

يكون السببَ الفعال الوحيد)، وإما بشكل ثانوي (عندما يكون التعفن ناتجًا، في مدينة أو مستشفى، من مرض وبائي تَحرَّض من طريق عامل آخر). غير أن العدوى ليست سوى طراز لحيثية جسيمة للوباء. ولسوف يُقبل بيسر أن يكون للأمراض الخبيثة، مثل الطاعون، سبب يمكّنه من أن ينتقل بين البشر، وسيُتعرَّف إليه بشكل أصعب في حالة الأمراض الوبائية البسيطة (كالسعال الديكي (Coqueluche)، والحصبة (Rougeole)، والحمى القرمزية (Scarlatine)، والإسهال الصفراوي، والحمى المتقطعة)[12].

إن الوباء، خمجيًا أكان أم لا، يملك نوعًا من الفردانية التاريخية. من هذا المنطلق، وجب أن نستخدم معه طريقة معقدة في الملاحظة. فهو كظاهرة جماعية يتطلب معاينة متعددة، وكعملية مفردة، يجب وصفها بما لها من فرادةٍ وحدث عرضيين وطارئين. ينبغي وصف الحدث حتى بتفصيلاته، لكن ينبغي وصفه أيضًا تبعًا للانسجام الذي ينطوي عليه الإدراك الحسي المتعدد: معرفة ملتبسة، ومزعزعة بمقدار ما هي جزئية، وعاجزة وحدَها عن بلوغ الجوهري أو الأساس. وهي [معرفةٌ] لا تجد مداها الخاص في تفحّص وجهات النظر - المنظورات، ضمن معلومة متكررة ومصححة، والتي تُحصر في النهاية، في المكان الذي تتقاطع فيه النظرات - المعاينات، وهي النواة الفردية والوحيدة لهذه الظواهر الجماعية. كان هذا الشكل من الخبرة في نهاية القرن الثامن عشر قيد المأسسة: في كل مفوضية (Subdélégation)، يعيّن المدير المالي [ملتزم جباية الضرائب، الخازن] (Intendant) طبيبًا وجراحين عدة من أجل متابعة الأوبئة التي يمكن أن تحصل في إقليمهم [كانتونهم]، ويبقون على تواصل مع الطبيب المسؤول في المقاطعة [الدائرة المالية العامة] (Généralité) بصدد «المرض المنتشر [...] والمسح الطبي لإقليمهم»، فعندما يصاب أربعة أو خمسة أشخاص بالمرض نفسه، يجب عندئذٍ على المختار [العمدة] (Syndic) أن يحذّر المفوَّض الذي يرسل الطبيبَ كي يصف علاجًا سيطبقه الجراحون كل يوم، وفي الحالات الأخطر، يجب على طبيب المقاطعة أن يذهب إلى الموقع[13].

---

(12) Le Brun, pp. 2-3.

(13) *Description des épidémies qui ont régné depuis quelques années dans la généralité de Paris* =

لكن هذه التجربة لا تتخذ أهميتها الكاملة إلا إذا تلاها تدخل ثابت وإلزامي؛ إذ لا يمكن وجود طبّ للأوبئة إلا إذا أُلحِق بإدارة أمنية: مهمتها السهر على أماكن المناجم والمقابر، والتوصّل قدر الإمكان إلى حرق الجثث بدل دفنها، ومراقبة الخبز والنبيذ واللحوم[14]، وتنظيم العمل في المسالخ والمدابغ، وحظر السكن غير الصحي. وبعد دراسة مفصلة للإقليم بالكامل يجب أن يوضع تشريع للصحة في كل مقاطعة، وأن يُقرأ «في المواعظ أو على الجمهور كل الآحاد والأعياد»، وينبغي أن يتناول [التشريع] آداب المأكل والملبس وتجنب الأمراض والوقاية أو المعالجة من الأمراض السارية: «وينبغي أن تكون هذه التعليمات في منزلة الصلوات حيث يقدر حتى الأكثر جهلًا والأطفال على حفظها»[15]. وأخيرًا، يجب إنشاء هيئة مراقبين صحيين يمكن «نشرها في الأقاليم المختلفة، ويعهد لكل مراقب بمقاطعة محددة»، وفيها يقوم بتجميع الملاحظات عن المجالات التي تخص الطب، وكذلك الفيزياء والكيمياء والتاريخ الطبيعي وعلم المساحة والفلك، ويقوم بفرض الإجراءات اللازم اتخاذها ويراقب عمل الطبيب، «وسيكون من المرغوب فيه أن تتكفل الدولة بهؤلاء الأطباء، وأن توفّر لهم جميع النفقات التي تحفّزهم إلى القيام باكتشافات مفيدة»[16].

يتعارض طب الأوبئة مع طب الأصناف، مثلما يمكن أن يتعارض فهمٌ جماعي لظاهرة إجمالية لكن وحيدة ولا تتكرر أبدًا، مع إدراكٍ إفرادي لما يمكن أن يُظهره جوهرٌ عن نفسه بشكل ثابت وعن هويته في تعدد الظواهر. [مثلًا] تحليل سلسلة في حالة، وفك لغز نمط ما في حالة أخرى، وتكامل الزمن بالنسبة إلى الأوبئة، وتحديد المكان التراتبي في ما خص الأنواع، وتخصيص علاقة سببية - وبحث عن تماسك جوهري، وفهمٌ دقيق لفضاء تاريخي وجغرافي معقد، وتحديدُ سطح متجانس حيث تُقرأ التماثلات. ومع ذلك، في نهاية المطاف، عندما يتعلق

avec la topographie des paroisses qui en ont été affigées: Précédée d'une instruction sur la manière de prévenir et traiter ces maladies dans les campagnes (Paris: [s. n.], 1783), pp. 35-37. =

(14) Le Brun, pp. 127-132.

(15) *Description des épidémies*, pp. 14-17.

(16) Le Brun, p. 124.

الأمر بهذه الصور الثالثية التي عليها أن توزع المرض، فإن التجربة الطبية وسيطرة الطبيب على البنى الاجتماعية، وعلم أمراض الأوبئة وعلم أمراض الأنواع تلتقي أمام المتطلبات ذاتها: ألا وهي تحديدُ كيان سياسي للطب، وتأسيسُ وعي طبي على صعيد الدولة تُناط به مهمة ثابتة تقوم على المعلومات والرقابة والإلزام، [أي] جميع الأمور التي «تحتوي مواضيع مرتبطة بالدائرة الأمنية بمقدار ما هي ذات صلة باختصاص الطب البحت»[17].

من هنا، كانت نشأة الجمعية الملكية للطب، وصراعها المرير مع الكلية[18]. ففي عام 1776، قررت الحكومة أن تنشئ في فرساي لجنة مكلفة بدراسة الظواهر الوبائية التي تصيب الإنسان والحيوان، والتي تضاعفت خلال السنوات السابقة، وكانت المناسبةُ بالتحديد مرضًا أصاب قطيع الماشية في جنوب شرق فرنسا، وهو مرض أجبرَ المراقب العام للمالية على إعطاء الأمر بالقضاء على جميع الحيوانات المشتبه بإصابتها: وهكذا حصل خلل اقتصادي شديد الخطورة. عقب ذلك، أُعلن المرسوم الصادر في 29 نيسان/ أبريل 1776 في ديباجته أن الأوبئة «ليست مهلِكة ومدمِّرة في بدايتها إلا لأن خاصيتها، المعروفة قليلًا، تُبقي الطبيب في حيرة من أمره في شأن اختيار العلاجات الملائمة التطبيق، كما أن هذه الحيرة تولَد من العناية القليلة التي أولاها لدراسة أعراضِ مختلفِ الأوبئة والطرائقِ العلاجية التي نالت السبق في النّجاعة ووصفها». سيكون أمام اللجنة دور ثلاثي: التحري، من خلال البقاء على اطلاع بالسير المتنوع للأوبئة، ثم الإعداد، بواسطة المقارنة بين الوقائع، وتسجيل المعالجات المستخدمة وتنظيم التجارب، وأخيرًا الإشراف والإرشادات، من خلال توجيه الأطباء المعالجين إلى الطرائق التي تبدو الأفضل اعتمادًا. كانت اللجنة مؤلفة من ثمانية أطباء: مدير، وهو مسؤول «عن الأعمال المتصلة بالعلاقة بين الأوبئة البشرية والحيوانية (دولاسون (de Lasson))، ومفوض عام يؤمن الصلة بأطباء المقاطعة (فيك دازير (Vicq d'Azyr))، وستة أطباء من الكلية مكرسين للأعمال التي تخص هذه الموضوعات ذاتها. ويحق لمراقب

---

(17) Ibid., p. 126.

(18) كانت كلية الطب في باريس محافظة تجاه التجديدات في تلك الفترة، على العكس من كلية الطب في مونبلييه التي رفضت مثلًا، القبول بفكرة الدورة الدموية. (المترجم)

المالية أن يرسلهم للقيام بتحريات في المقاطعات وأن يطلب منهم إعداد التقارير. وأخيرًا سيكلَّف فيك دازير إعطاءَ مقرَّر التشريح البشري والمقارَن إلى أعضاء اللجنة الآخرين وأطباء الكلية و«الطلاب الذين أظهروا جدارة بذلك»[19]. هكذا، أقيم ضبط مزدوج: سلطاتٌ سياسية على ممارسة الطب، وهيئةٌ طبية ذات امتياز على مجموعة الأطباء الممارسين.

سرعان ما انفجرت المعركة مع الكلية. وكان ذلك في نظر المعاصرين صدامًا بين مؤسستين، الأولى حديثة ومدعومة سياسيًا، والثانية قديمة ومغلقة على نفسها. يصف أحد أنصار الكلية معارضتهم بهذا الشكل: «واحدة قديمة، تحظى بالاحترام على جميع الصعد، خصوصًا في نظر أعضاء الجمعية الذين أهّلت [الكلية] معظمهم، والثانية مؤسسة حديثة فضّل أعضاؤها مؤسسةَ وزراء التاجِ على المشاركة في مؤسساتهم، وهم الذين هجروا جمعيات الكلية التي كان علىٰ المصلحة العامة والقَسَم الذي أقسموه، أن يبقياهم مرتبطين بها، ثم مضوا في مهنة الخداع»[20]. ومن باب الاعتراض، أعلنت الكلية «إضرابًا» لمدة ثلاثة شهور: فقد رفضت ممارسة مهماتها، ورفض أعضاؤها التشاورَ مع أعضاء الجمعية. غير أن النتيجة كانت قد تحددت مسبقًا لأن المجلس (Conseil) دعم اللجنة الجديدة. لكن، منذ عام 1778 كانت قد سُجلت رسائل الترخيص التي كرست تحولَها إلى الجمعية الطبية الملكية، ومُنعت الكلية من أن «تَستخدم في هذه القضية أي شكل من أشكال الدفاع». وقد تلقت الجمعية 40 ألف ليرة عائدات جُبيت من المياه المعدنية، في حين أن الكلية حصلت بصعوبة على 2000[21]. هكذا، أخذ دورها تحديدًا يتوسع باستمرار: فهي بعد أن كانت أداةً للسيطرة على الأوبئة، تحوّلت شيئًا فشيئًا أداةً لجعل المعرفة مركزيةً، وسلطةً لتسجيل كل نشاط طبي والحكم عليه. وفي بداية الثورة، برزت اللجنة المالية في الجمعية الوطنية (Assemblée

(19) يُنظر: *Précis historique de l'établissement de la Société royale de Médecine, de sa conduite, & de ce qui s'est fait à ce sujet dans la faculté de médecine de Paris* (Paris: [s. n., s. d.]).

(20) Noël Retz, *Exposé succinct à l'Assemblée Nationale, sur les facultés et les sociétés de médecine: Extrait du septième tome des 'Annales de l'art de guérir' du docteur Retz, pour l'année 1791, qui est sous presse* (Paris: [s. n.], 1791), pp. 5-6.

(21) يُنظر: Thomas Levacher de la Feutric, *Motif de la réclamation de la Faculté de Médecine de Paris contre l'établissement de la société Royale de Médecine* (Madrid: Complutense University, 1977).

(nationale وضعها على النحو الآتي: «إن غرض هذه الجمعية هو ربط الطب في فرنسا بالطب في الخارج من خلال تواصل مفيد، وتجميع الملاحظات المبعثرة والمحافظة عليها والمقارنة في ما بينها، والبحث تحديدًا عن أسباب الأمراض الشائعة والتكهن بعودتها، ورصد معالجاتها الأكثر نجاعة»[22]. لم تعد الجمعية تقتصر على الأطباء الذين سيعكفون على دراسة الظواهر المرضية الجماعية فحسب، بل تعدّتها أيضًا لتصبح أداة رسمية لـ **وعي جماعي** بالظواهر المرضية، وعي ينتشر على صعيد التجربة كما على صعيد المعرفة، في الشكل العالمي كما في فضاء الأمة.

إن لهذا الحدث، هنا، قيمةَ انبثاق جديد في البنيات الأساس. إنه وجهٌ جديدٌ لتجربةٍ [و] ستمضي خطوطه العامة التي تشكلت بين عامي 1775 و1780، في الامتداد بعيدًا في الزمن خلال الثورة حتى حكم القناصل، كي تحمل عددًا من مشروعات الإصلاح. ومن بين كل هذه الخطط، ستتحقق قلة قليلة في الواقع. ومع ذلك، فإن الإدراك الطبي الذي تتضمنه هو أحد العناصر المكونة للتجربة السريرية.

إنه أسلوب جديد في التجميع. فبحوثُ القرن الثامن عشر والمؤسسات وجوامعُ الكلم والمنزوليات، كانت تسجن المعرفة الطبية في فضاء مغلق: كان في إمكان اللوحة المشكَّلة أن تبقى غير مكتملة في التفصيلات، ومشوبة بالجهل في هذه النقطة أو تلك، كانت في شكلها العام تامة ومغلقة. والآن تحل محلها لوحات مفتوحة وقابلة للامتداد بلا نهاية: كان هوتسيرك (Hautesierck) قد قدم مثالًا عنها لمّا اقترح، بناء على طلب شوازول (Choiseul) [حين كان وزيرًا لشؤون الحرب] خطة على الأطباء والجراحين العسكريين للعمل المشترك، تتضمن أربع سلاسل متوازية ومن دون حدود: دراسات طبوغرافية (حالة الأمكنة والأتربة والماء والهواء والمجتمع وأمزجة السكان)، ومراقبة الأحوال الجوية (الضغط والحرارة ونظام الرياح)، ثم تحليل الأوبئة والأمراض الشائعة، وأخيرًا وصف الحالات الخارجة عن المألوف[23]. لقد أفسحت ثيمة **الموسوعة** [الأنسكلوبيديا] مكانًا لمعلومة

(22) مذكور في: Retz, *Exposé succinct.*

(23) François-Marie-Claude Richard de Hautesierck, *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, t. I (Paris: [s. n.], 1766), pp. xxiv-xxvii.

ثابتة وتقبل المراجعة دومًا، حيث يكون المقصود تجميع الحوادث ومحدداتها أكثر مما هو إغلاق المعرفة ضمن شكل ممنهج: «صحيح أنه توجد سلسلة تربط جميعَ الكائنات والأجسام والإصابات في الكون، سواء أكانت على الأرض أم في البشر، وهي سلسلةٌ تجنّبت ألمعيتها نظرات المجرِّب الحاذق السطحية، وكتابات الباحثين الباردة، لكنها سوف تنكشف لنبوغ المراقبِ الحقيقي»[24]. في بداية الثورة، طرح كانتان (Cantin) أن يتم تبني هذا العمل الاستعلامي في كل مقاطعة من طريق لجنة منتخبة من الأطباء[25]، وكان ماثيو جيرو (Mathieu Géraud) طالب بأن تقام في كل مدينة كبيرة «دار حكومية للصحة»، وفي الدار الباريسية تقام «محكمة صحية» بالقرب من الجمعية الوطنية، تجمع المعلومات، وتوصلها من نقطة إلى أخرى في البلاد، وتطرح الأسئلة التي تبقى غامضة وتشير إلى البحوث الواجب إجراؤها[26].

إن ما يشكل الآن وحدة المعاينة الطبية ليس حلقة المعرفة التي تنجَز ضمنها، بل هو هذا التجميع المفتوح وغير المحدود والمتحرك الذي ينتقل باستمرار ويغتني خلال الزمن، والذي بدأ سيره من دون أن يكون بالإمكان إيقافه أبدًا: ها هو نوع من التدوين السريري لسلسلة لانهائية ومتنوعة من الحوادث. غير أن سنده ليس الإدراك الحسي للمريض بفرادته، بل هو وعي جماعي بجميع المعلومات التي تتقاطع [فيه]، نما كفنادة [مجموعة أغصان الشجرة] معقدة وموفورة دومًا، تمّ تضخيمها أخيرًا إلى أبعادِ جغرافية دولة وتاريخها.

في ما خصّ أطباء التصنيف، كان الفعل الأساس للمعرفة الطبية هو إنشاء خريطة: أي وضعُ عَرَضٍ ضمن مرض، ومرضٍ ضمن مجموعة نوعية، وتوجيه هذه المجموعة داخل مخطط عام في عالَم علم الأمراض. وفي تحليل المكونات والأوبئة، بات المقصود إقامة شبكة من طريق التعامل مع المتسلسلات (Séries)

---

(24) Menuret, *Essais sur l'histoire*, p. 139.

(25) M. Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale, où l'on se propose d'établir l'unité et l'utilité de l'art de guérir* (Paris: [s. n.], 1790).

(26) Mathieu Géraud, *Projet de décret à rendre sur l'organisation civile des médecins et des autres officiers de santé* (Paris: [s. n.], 1791), nos. 78-79.

التي تسمح من خلال تقاطعاتها مع بعضها، بإعادة تأسيس هذه «السلسلة» التي تكلم عليها منوريه. وكان رازو (Razoux) ينشئ كل يوم ملاحظات عن الطقس والمناخ ويقارنها، من جانب، بالتحليل المنزولي للمرضى المعاينين، ومن جانب آخر، بتطور الأمراض وهجماتها ومآلها[27]. هكذا، ظهر نظام تصادفي يشير إلى شبكة سببية، بمثل ما يوحي بقرابات أو بروابط جديدة بين الأمراض. كتب سوفاج إلى رازو: «إذا كان هناك شيء ما قادرًا على تحسين أداء الصنعة التي نمارسها، فهو عمل من النوع الذي ينجَز خلال خمسين عامًا، يقوم به حوالى ثلاثين طبيبًا شديدي الدقة وشديدي الجد... لن آلوَ جهدًا كي أُقحم أحد أطبائنا للقيام بمشاهدات شبيهة في مستشفى أوتيل ديو»[28]. إن ما يحدد فعل المعرفة الطبية في شكلها الملموس، ليس التقاء الطبيب والمريض، وليس مقارنة معرفةٍ ما بالإدراك الحسي، بل هو التقاطع المنتظم لمتسلسلات عدة من المعلومات المتجانسة في ما بينها، أما الغريبة بعضها عن بعض - فمتسلسلات عدة تغلّف مجموعة غير محددة من الحوادث المنفصلة، لكن اتفاقها مع بعضها يؤدي، في استقلالها الذي يقبل العزل، إلى بزوغ **الواقعة الفردية**.

انشطر الوعي الطبي في هذه الحركة: ولئن كان يعيش في مستوى تلقائي، على أساس البيّنات الفورية، فإنه يستأنف (بحثه) إلى مستوى أعلى، حيث يميّز المكوِّنات ويواجهها، ويعلن جازمًا؛ إذ يتبصّر في المعارف العفوية، حكمَه ومعرفتَه. صار (الوعي الطبي) مركزيًا. ويظهر ذلك جليًا في مستوى المؤسسات من طريق الجمعية الملكية الطبية. ففي بداية الثورة، كثرت المشروعات التي خططت لهذه السلطة المزدوجة والضرورية للمعرفة الطبية، والتي تقوم في مراوحتها المستمرة بين هذه وتلك، على الاحتفاظ بالمسافة بينهما وهي تجوبها. أراد ماثيو جيرو إنشاء محكمة صحية يبلِّغ فيها المدعي عن «أي شخص يتعرّض، من دون كفاءة، لشخص آخر أو لحيوان لا يملكه، بناء على كل ما يخص التطبيق

---

(27) J. J. Razoux, *Tables nosologiques et météorologiques dressées à l'Hôtel-Dieu de Nîmes* (Bâle: [s. n.], 1761).

(28) مذكور في: Ibid., p. 14.

المباشر أو غير المباشر لفن الصحة»[29]. إن أحكام هذه المحكمة التي تمسّ التجاوزات وانعدام الكفاءة والأخطاء المهنية، يجب أن تقدِّم اجتهادات قضائية في الحالة الطبية. والمقصود هنا، بشكل ما، هو إدارة أمنية للمعارف المباشرة: أي ضبطُ صلاحياتها. وإلى جانب القضاء يجب أن تقوم سلطة تنفيذية تمارس «إدارة أمنية واسعة على فروع الصحة كافة». فتفرض الكتب التي ينبغي قراءتها والأعمال التي يجب تأليفها، كما ينبغي لها أن ترشد، بحسب المعلومات المتوافرة، إلى العناية التي يجب تقديمها للمرضى في حال إصابتهم بالأمراض المنتشرة، وتطبع من التحقيقات المنجزة بإشرافها أو الأجنبية ما يجب الاحتفاظ به من أجل ممارسة بصيرة. بهذا، فإن المعاينة الطبية تجول بحركة مستقلة داخل فضاء تنشطر فيه وتسود فيه على نفسها بنفسها. وبما لها من هيمنة، توزع على الخبرة اليومية المعرفةَ التي استعارتها من بعيد، والتي بها جعلت من نفسها نقطةَ التجميع ومركزَ الانتشار معًا.

بهذه الخبرة، يمكن أن يتوافق الفضاء الطبي مع الفضاء الاجتماعي، أو بالأحرى، يعبره ويخترقه بالكامل. لقد بدأنا نرى حضورًا عامًا للأطباء الذين تشكل معايناتُهم المتقاطعة شبكةً، وتمارس في كل نقطة من المكان، وكل لحظة من الزمن، إشرافًا دائمًا، متحركًا ومتمايزًا. طُرحت مشكلة إقامة الأطباء في الريف[30]، وكان من المستحسن القيام بضبط إحصائي للصحة بفضل سجل المواليد والوفيات (الذي يجب أن يتضمن ذكرَ الأمراض، ونمطَ الحياة وسببَ الموت، حيث يصبح سجلًا للأحوال المرضية)، وطُلب أن تكون مبرراتُ الإصلاح مذكورةً بالتفصيل من جهة مجلس للتقويم والتصويب، وأخيرًا أن يتم مسح طوبوغرافي طبي لكل مقاطعة «مع لمحة تقدَّم بعناية عن المنطقة والسكن والناس والمشاغل الرئيسة واللباس وطبيعة الجو ومحاصيل الأرض وزمن نضجها التام وجنيها، علاوة على

(29) Géraud, p. 65.

(30) N.-L. Lespagnol, *Projet d'établir trois médecins par district pour le soulagement des gens de la campagne* (Charleville: [s. n.], 1790); P. F. Royer, *Bienfaisance médicale et projet financier* (Provins: [s. n.], an IX).

التربية البدنية والأخلاقية لسكان البلاد»[31]. وبما أن استقرار الأطباء لا يكفي، قُدمت مطالب بضرورة العمل على تنبيه الوعي الطبي لكل فرد؛ إذ يجب على كل مواطن أن يكون على دراية بكل ما هو ضروري وممكن للمعرفة الطبية، وعلى كل طبيب أن يردف جهده الرقابي بدور تعليمي، ذلك أن أفضل طريقة في تجنب انتشار المرض، هي بالمقابل، انتشار الطب[32]. فالمكان الذي تتشكل فيه المعرفة ما عاد تلك الحديقة المَرَضية حيث وزع اللهُ الأنواعَ، إنما هو وعي طبي عام، منتشر في المكان والزمان، مفتوح ومتحرك، مقترن بكل وجود فردي، ولكن بحياة الأمّة الجماعية أيضًا، وعلى يقظة دائمة بالميدان غير المحدود حيث يفضح الداءُ، بأوجهه المختلفة، شكلَه الضخم الكثيف.

شهدت السنوات السابقة واللاحقة للثورة ولادة أسطورتين كبيرتين، تتعارضان في ثيماتهما واستقطابهما؛ أسطورة مهنةٍ طبية على مستوى الأمة، ومنظمة على نمط الإكليروس، وقد تقلّدت، في مستوى الصحة والبدن، قدرات شبيهة بتلك التي يمارسها رجال الدين على الأرواح، وأسطورة اختفاءٍ كلي للمرض ضمن مجتمع خال من الاضطرابات ومن الهموم، أعيد إلى حالته الصحية الأصلية. لكن ينبغي ألّا يوقعنا التناقضُ الظاهر بين هاتين التيمتين في الوهم: فكلتا الصورتين الحالمتين تُعبّر بالأبيض والأسود عن صورة واحدة للتجربة الطبية. وكلا الحلمين متشاكل أحدهما مع الآخر (Isomorphes) – الأول حين يعبّر بشكل توكيدي [إيجابي] عن إضفاء الصبغة الطبية الصارمة، المناضلة والدوغمائية على المجتمع، من طريق تحوله [اهتداء] شبه الديني، وتنصيب إكليروس علاجي. والثاني حين يعبّر عن التحول الطبي ذاته، لكن من نمط انتصاري وسلبي [يتصف بالنفي]، بمعنى تلاشي المرض في وسط تم إصلاحه، فبات منظمًا وخاضعًا للعناية دومًا، حيث سيختفي الطب ذاته في النهاية مع موضوعه وسبب وجوده.

---

(31) Jean-Baptiste Demangeon, *Des Moyens de perfectionner la médecine: Et d'asseoir les bases plus sûres de la salubrité publique* (Paris: [s. n.], an VII), pp. 5-9;

يُنظر: Joseph-Marie Audin-Rouvière, *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris, ou, Dissertation sur les substances qui peuvent influer sur la santé des habitants de cette cité, avec une description de ses hôpitaux* (Paris: impr. française de «Mnémosyne», an II [1793]).

(32) Alexandre-André-Philippe-Frédéric Bacher, *De la médecine considérée politiquement* (Paris: Mme Huzard, an XI [s. d.]), p. 38.

كان أحد واضعي المشروعات في بداية الثورة، سابارو دولافرنيير قد رأى في رجال الدين والأطباء، الورثةَ الطبيعيين لرسالتي الكنيسة الأكثر بروزًا، وهما عزاء الأرواح وتخفيف الآلام. وقد يترتب على ذلك أن تصادر الأوقافُ الكنسية لمصلحة إكليروس أعلى، يحوّلها من استخدامها الأصلي، ويردها إلى الأمة التي تعرف وحدها احتياجاتها الروحية والمادية الخاصة. وبحسبه، سوف يتم تقاسم العوائد بين كهنة الرعايا (Curés des paroisses) والأطباء، بأن يتلقى هؤلاء وأولئك حصة متساوية. أوليس الأطباء قساوسة البدن؟ إذ «لا يمكن النظر إلى الروح بشكل منفصل عن الأجسام الحية، وإذا كان كهنة المذبح [الهيكل] موقرين ويتلقون من الدولة كَفافًا ملائمًا، فينبغي إذًا أن يتلقى القيّمون على صحتكم أيضًا جزاءً كافيًا لتأمين لقمة العيش والقيام بنجدتكم. إنهم العباقرة الأوصياء على سلامة قدراتكم ومشاعركم»[33]. لم يعد على الطبيب أن يطلب أجرًا ممن يعالجهم، وبالتالي ستكون المساعدة المقدمة إلى المريض مجانية وإلزامية - أي إنها خدمة تؤمّنها الدولة في منزلة مهمة من المهمات المحترمة، وما الطبيب سوى أداة لها[34]. وفي ختام دراسته، سيحتل الطبيب، ليس الوظيفة التي يختارها فحسب، إنما تلك التي سيعيَّن فيها تبعًا لمقتضيات الحاجة والشواغر، وعلى الأغلب في الريف، وعندما يكون قد اكتسب الخبرة، يمكنه أن يطالب بمكان ذي أهميةٍ أعلى وأجرٍ أفضل، وسيكون عليه أن يحيط رؤساءه علمًا بنشاطه وسيحاسَب على أخطائه. ولسوف يتمكن الطب، وقد صار نشاطًا عموميًا، نزيهًا ومترفعًا وقيد السيطرة، من تحسين أدائه على الدوام، وسوف يلتحق بالمهمة الروحية القديمة للكنيسة، التي سيشكل نسختها العلمانية، لكونه يخفف من بؤس المريض البدني. وسوف يتكامل جيشُ الأطباء الذين يُعنون بصحة البدن مع جيش الكهنة الذين يسهرون على سلامة الروح.

---

(33) Sabarot de L'Avernière, *Vue de Législation médicale adressée aux États généraux* (Paris: [s. n.], 1789), p. 3.

(34) نجد في كتاب منوريه فكرة تمويل الطب من العائدات الكنسية، لكن حين يقتصر الأمر على معالجة المحتاجين. يُنظر: Jean-Jacques Menuret, *Essais sur les moyens de former de bons médecins* (Paris: [s. n.], 1791).

أما الأسطورة الثانية فتصدر عن تفكير تاريخي مدفوع حتى النهاية. ذلك أن الأمراض المرتبطة بشروط العيش وبأنماط حياة الأفراد، تتنوع تبعًا للحقب والأمكنة. ففي العصور الوسطى، في فترة الحروب والمجاعات، كانت الأمراض خاضعة للخوف والإنهاك (كالسكتة الدماغية، والحمى الدقية)، وفي القرنين السادس عشر والسابع عشر نجد تراخيًا في الشعور بالوطن وبالالتزامات تجاهه، فتنكفئ الأنانية على نفسها، ويمارس المرء الفسوق والجشع (الأمراض الزهرية، تلبُّك الأحشاء والدم). وفي القرن الثامن عشر، يمر البحث عن السعادة بالتخيل، فيذهب المرء إلى المسرح ويقرأ الروايات وتنتابه الحماسة في خوض محادثات عبثية، يسهر الليل كله وينام النهار. من هنا، نشأة الهستيريا والشكوى المراقية والأمراض العصبية[35]. إن أمة لا تخوض حروبًا ولا تعاني همومًا عنيفة، وتعيش من دون أوقات فراغ، لن تعرف أيًا من هذه الأمراض، وبالتحديد، إنها أمة لا تعرف الطغيان الذي يمارسه الثراء على الفقر، ولا تكون عرضةً لأنواع التعسف. وما حال الأغنياء؟ - إنهم «في صميم الرخاء وبين متع الحياة، فإن عنجهيتَهم سريعةَ الغضب وغيظَهم اللاذع وتعسفاتهم والتجاوزات التي تدفعهم إلى ازدراء المبادئ كافة، تجعلهم فريسة لأنواع العاهات كلها، وعما قريب... تتجعد وجوههم وتشيب شعورهم وتحصدهم الأمراض قبل الأوان»[36]. أما الفقراء الخاضعون لاستبداد الأغنياء وملوكهم، فهم لا يعرفون سوى الضرائبِ التي تعيدهم إلى البؤس، والعوز الذي لا يفيد منه إلا المستغِلون، والمساكنِ غير الصحية التي تُضطرهم إلى أن «لا ينشئوا عائلات أو أن ينجبوا بحزنٍ مجردَ كائنات ضعيفة وبائسة»[37].

بناء عليه، إن المهمة الأولى أمام الطبيب إذًا سياسية: أي إن الكفاح ضد المرض يجب أن يبدأ بحرب ضد الحكومات السيئة: فالإنسان لن يشفى بالكامل وبشكل نهائي إلا إذا تحرر: «من عليه إذًا أن يفضح الطغاةَ أمام الجنس البشري،

---

(35) Hugues Maret, *Mémoire dans lequel on cherche à déterminer quelle influence les moeurs des François ont sur leur santé, qui a remporté le prix, au jugement de l'Académie d'Amiens* (Amiens, Paris: [s. n.], 1771).

(36) François-Xavier Lanthenas, *De l'influence de la liberté sur la santé, la morale et le bonheur* (Paris: [s. n.], 1792), p. 8.

(37) Ibid., p. 4.

إن لم يكن الأطباء الذين يجعلون من الإنسان درسهم الوحيد، والحاضرون كل يوم عند الفقير والغني، عند المواطن العادي وعند ذوي السلطان، تحت سقوف الأكواخ القش وداخل الجُدران المكسوة بالخشب والرخام، يتأملون مليًّا البؤس البشري الذي لا أصل له غير الطغيان والاستعباد؟»[38]. وإذا عرف الطب كيف يكون مجديًا من الناحية السياسية، فلن يعود ضروريًا من الناحية الطبية. وفي مجتمع تحرر في النهاية، حيث انحسرت معالم التفاوت الثقيلة وخيّمت الألفة، لن يكون للطبيب سوى دور عابر يقوم به: وهو إعطاء المشرّع والمواطن نصائح من أجل توازن القلب والجسد. لن تكون هناك من حاجة إلى الأكاديميات ولا إلى المستشفيات: بل «مجرد قواعد صحية، لأن تدريب المواطن على البساطة، وتعريف الشباب تحديدًا بالمتع التي مصدرها الحياة بما فيها من قسوة، ومن خلال جعلهم يتعلقون بالانضباط الأكثر دقة في البحرية والجيش، كم من الأمراض سوف يتم تجنبها، وكم من النفقات ستوفَّر، وكم من التسهيلات الجديدة ستظهر... من أجل المشروعات الأكبر والأصعب». وشيئًا فشيئًا ضمن هذه المدينة الناشئة، المسخرة بكاملها للاستمتاع بالصحة، سيمّحي وجه الطبيب، وفي ذاكرة الناس الذين كانوا عبيدًا فقراء ومرضى، ستبقى ذكرى زمن الملوك والأغنياء.

كلها أحلام يقظة؛ الحلم بمدينة تحتفل، الحلم بإنسانية في الهواء الطلق حيث الشبابُ عراة والعمرُ لا يعرف شتاء، إنه رمز مألوف من الحقب القديمة تمتزج به ثيمة حديثة العهد لطبيعة تتجمع فيها الأشكال المبكرة جدًا من الحقيقة: هذه القيم كلّها سوف تمّحي سريعًا[39].

مع ذلك، كان لها دور مهم: حين تربط هذه الأحلامُ الطبَّ بمصائر الدول، فإنها تُظهر فيه دلالةً إيجابية. فبدل أن يبقى الطب مثلما كان عليه، «التحليلَ الجاف والبائس لملايين المعاقين»، والنفي المريب للسلب، تُسبَغ عليه المهمة الجميلة التي تتيح له أن يشيّد في حياة البشر الصورَ الإيجابية للصحة والفضيلة والسعادة،

---

(38) Ibid., p. 8.

(39) في 2 حزيران/ يونيو 1793، أدرج اسم لانتيناس الجيروندي، في قائمة المحظورين ثم شطب لأن مارا وصفه بصاحب «الذهن البسيط». يُنظر: Albert Mathiez, *La Révolution française, tome 2: La Gironde et la montagne* (Paris: [s. n.], 1945), p. 221.

ويأخذ على عاتقه ضبطَ إيقاع العمل من طريق الاحتفالات، وإثارة الانفعالات الباردة، كما تُسبَغ عليه مهمة أن يسهر على ما يُقرأ وعلى صدقية ما يُعرض في المسارح، مثلما عليه أن يضبط الزواج حيث لا يبنى على المصلحة وحدها، أو من طريق الافتتان العابر، إنما أن يُؤسَّس جيدًا على شرط السعادة الدائمة وحده، ألا وهو مصلحة الدولة[40].

ما عاد الطب مجردَ مجموعةٍ من تقنيات العلاج ومعرفةً بهذه التقنيات، فهو سوف يتضمن أيضًا معرفةً **بالإنسان المعافى**، أي خبرةً **بالإنسان غير المريض**، وبتعريف **الإنسان الأنموذجي** في الوقت ذاته. ففي إدارة الوجود البشري، يتخذ [الطب] وضعًا معياريًا لا يسمح بأن يوزع النصائح عن حياة صحية فحسب، بل أن يؤسسها أيضًا على التحكم بالصلات البدنية والأخلاقية التي يقيمها الفرد في المجتمع الذي يعيش فيه. إنه، أي الطب، يقيم في هذه المنطقة التخومية، لكنها بالنسبة إلى الإنسان الحديث، مهيمنة، حيث تتواصل سعادةٌ عضوية معينة مستكينة ومن دون معاناة وقادرة، بأحقية تامة، مع نظام أمة، وبأس جيوشها وخصوبة شعبها وسعيه الدؤوب في عمله. لقد قدَّمَ لانتيناس (Lanthenas)، هذا الحالم، تعريفًا مختصرًا للطب، لكنه مثقل بتاريخ كامل: «وأخيرًا، سيكون الطب ما يجب أن يكونه، معرفةَ الإنسان الطبيعي والاجتماعي»[41].

من المهم أن نحدد كيف، ووفق أي نمط، تعزى أشكال المعرفة الطبية المختلفة إلى مفاهيم إيجابية عن «الصحة» وعن «الحالة السوية». يمكن القول، بصورة إجمالية، إنه حتى نهاية القرن الثامن عشر، أحال الطب على الصحة أكثر بكثير مما أحال على الحالة السوية، فهو لم يستند إلى تحليل سير وظيفةٍ «نظامية» للعضوية في بحثه عن موضع زيغها، ومن أي طريق اضطربت، وكيف يمكن إعادتها إلى حالتها السوية، بل كان يرجع بالأحرى إلى صفات العافية والسلاسة والسيولة التي كان المرض يؤدي إلى فقدانها، والتي يجب ترميمها. هكذا، كان

---

(40) Ambroise Ganne, *De l'homme physique et moral, ou recherches sur les moyens de rendre l'homme plus sage, et de le garantir des diverses maladies qui l'affligent dans ses différens âges* (Strasbourg: [s. n.], 1791).

(41) Lanthenas, p. 18.

على الممارسة الطبية أن تدع مكانًا كبيرًا للنظام الغذائي وللحمية، أي على قاعدة كاملة للحياة والتغذية اللتين يفرضهما الفرد على نفسه. وضمن هذه العلاقة الامتيازية للطب مع الصحة، كان يندرج إمكان أن يكون الإنسانُ طبيب نفسه. في المقابل، انتظم طب القرن التاسع عشر مع الحالة السوية أكثر منه مع الصحة، ذلك أنه شكَّل تصوراته وحدد تدخلاته، ضمن علاقة تقوم على أنموذج عمل الجسم البشري أو بنيته، وكان أمام المعارف الفيزيولوجية التي كانت في ما مضى معارفَ هامشية بالنسبة إلى الطبيب ونظريةً خاصة، أن تُؤَسِّس (يشهد على ذلك كلود برنار (Claude Bernard)) في صلب كل تفكير طبي. وهناك أكثر من ذلك: إن مكانة علوم الحياة في القرن التاسع عشر ودورها كأنموذج، خصوصًا في علوم الإنسان، لم تكن مرتبطة منذ البداية بما تتصف به التصورات البيولوجية من قدرة استيعابية وقابلية للانتقال، بل بالأحرى بحيثية أن هذه التصورات كانت متوافرة في حيز تستجيب بنيتُه العميقة للتعارض بين السليم والمريض. فعندما يتكلم أحدهم على حياة الزمر والمجتمعات، وعلى حياة العرق، أو حتى على «الحياة النفسية»، فإنه لا يفكر في البنية الداخلية **للكائن العضوي** فحسب، إنما **بثنائية طبية قطبَيْها السويّ والمريض**. إن الوعي يحيا، لأنه يتعرض للتغيير والتشويه والانحراف عن مساره وللشلل، أما المجتمعات فتعيش لأن فيها مجموعات مريضة تتدهور، وأخرى، سليمة، قيد الانتشار، والعِرق أيضًا هو كائن حي نراه يتفسخ، وكذلك الحضارات التي استطعنا مشاهدة موتها عددًا من المرات. وإذا كانت علوم الإنسان ظهرت كامتداد لعلوم الحياة، فهذا ربما لأنها استندت إلى أساس **بيولوجيّ**، وبالتالي إلى أساس **طبي**: وما من شك في أنه من طريق النقل والاستيراد، وغالبًا الاستعارة، استخدمت علوم الإنسان تصورات صاغها علماء البيولوجيا، لكن الموضوع ذاته الذي كرست نفسها له (وهو الإنسان وتصرفاته ومنجزاته الفردية والاجتماعية) اتخذ لنفسه إذًا حقلًا انقسم تبعًا لمبدأ السويّ والمريض. من هنا، الصفة الفريدة لعلوم الإنسان التي يستحيل انتزاعها من السلبية التي ظهرت في وسطها، لكن المرتبطة أيضًا بالإيجابية التي تعيِّن موقعها، بشكل مضمر، كونه معيارًا.

الفصل الثالث

الحقل الحر

تم تلافي التعارض بين طب الأنواع المرضية وطب الفضاء الاجتماعي في نظر المعاصرين بسبب المكانة البارزة التي ترتبت على نتيجةٍ كانت مشتركة بينهما، وهي: استبعاد كامل للمؤسسات الطبية التي تشكل غشاوة في وجه المتطلبات الطبية الجديدة للمعاينة. كان يجب في الحقيقة أن يُؤسَّس حقلٌ للخبرة الطبية مفتوحٌ بالكامل كي تتمكن الضرورة الطبيعية للأنواع من الظهور من دون شوائب أو تشويش، وكان يجب أيضًا أن يتصف (هذا الحقل) بحضوره الشامل والتركيزِ في محتواه، كي يسمح أن تتشكل معرفةٌ أمينة، شاملة ودائمة عن صحة الشعب. هذا الحقل الطبي الذي أعيد إلى حقيقته الأصلية، وتخللته المعاينة بكامله، من دون عائق ومن دون أذى، يماثل في هندسته المضمَرة الفضاءَ الاجتماعي الذي كانت تحلم به الثورة، أقلّه في تصوراتها الأولى: فضاء هو شكل متجانس في كل ناحية من نواحيه التي تشكل مجموعة من نقاط متكافئة تستطيع أن تصون العلاقات الثابتة بمجملها، فضاء للحركة الحرة حيث تكون علاقة الأجزاء مع الكل دائمًا قابلة للنقل وعكوسًا.

هناك إذًا ظاهرة التقاء بين متطلبات **الأيديولوجيا السياسية** ومتطلبات **التكنولوجيا الطبية**. وقد طالب الأطباء ورجال الدولة، في جهد موحّد وبتعبير متشابه أحيانًا، لكن لأسباب متفاوتة في جذورها، بإلغاء ما يمكن أن يعيق تأسيس هذا الفضاء الجديد: ثمة مستشفيات تُغيِّر القوانين الخاصة المتحكمة بالمرض، وتُفسِد القوانين التي لا تقل صرامة، والتي تحدد الصلات بين السلطة الملكية والغنى، وبين الفقر والعمل، وهناك الطوائف المهنية للأطباء التي تمنع تشكل وعي طبي متمركز، وتمنع ممارسة الخبرة على نحو حرّ ومن دون حدود، حيث تؤدي بنفسها إلى العالمية، كذلك ثمة كليات طب لا تعترف بالحقيقي إلا ضمن بُنيات نظرية، وتصنع من المعرفة امتيازًا اجتماعيًا. على الحرية أن تكسر جميع

العقبات التي تعيق القوة الحية للحقيقة. يجب أن يوجد عالم حيث لن تعود المعاينةُ المتحرزة من كل عائق، خاضعةً إلا للقانون المباشر لما هو حقيقي، لكن المعاينة لا تكون أمينة للصحيح وخاضعة للحقيقة من دون أن تؤمّن بذلك سيطرة كاملة، فالمعاينة التي تشاهِد هي معاينة تسود ما عداها، ولئن كانت تعرف أن تَخضَع أيضًا، فإنها تسيطر على أسيادها: «هذا هو الاستبداد الذي يحتاج إلى الظلام، لكن الحرية المتألقة بالمجد لا يمكن أن تدوم إلا محاطة بالأنوار التي يمكن أن تنير البشر، وخلال رقاد الناس يتمكّن الإرهاب من توطيد نفسه ومن أن يصبح طبيعيًا بينهم... اجعلوا الأمم الأخرى تابعة، ليس لسلطتكم السياسية، ولا لحكومتكم، وإنما لمواهبكم ولأنواركم... يوجد نظام دكتاتوري لمصلحة الشعب الذي لا يثير نيرُه حنقَ الذين يرزحون تحته، هذا هو النظام الدكتاتوري العبقري»[1].

إنّ الثيمة الأيديولوجية التي توجه جميع الإصلاحات المتعلقة بالبنيات الطبية منذ عام 1789 وحتى تيرميدور (Thermidor) عام II، هي سيادةُ حريةِ الحقيقة، ذلك أنّ عنف النور المهيب الذي هو سلطان نفسه، يلغي مملكة المعارف المظلمة ذات الامتياز، ويقيم في مكانها إمبراطورية للمعاينة من دون حواجز.

1 - مناقشة وضع البنيات الاستشفائية

خضعت لجنة التسول (Comité de Mendicité) في الجمعية الوطنية في آن إلى أفكار الاقتصاديين وأفكار الأطباء الذين قدّروا أن المكان الوحيد الممكن للعناية بالمرض، هو المكان الطبيعي للحياة الاجتماعية، أي العائلة. فهناك تنقص نفقات المرض المترتبة على الأمة إلى الحد الأدنى، كما تختفي خطورة أن يتعرض المرض للمضاعفات المصطنعة، وأن ينتشر بنفسه، وأن يأخذ، كما في المستشفى، شكلًا زائغًا من مرض إلى مرض. ففي العائلة، يكون المرض في حالة «الطبيعة»، بمعنى أنه موافق طبيعته البحت، ومُعرَّض بشكل حر لقوى الطبيعة ذات القدرة التجديدية. ثم إن النظرة التي يلقيها عليه المقربون تمتلك

---

(1) Boissy d'Anglas, *Adresse à la Convention 25 pluviôse an II*,
ذُكر في: M. J. Guillaume, *Procès-verbaux du comité d'instruction publique de la convention nationale*, pp. 640-642.

القوةَ الحية للمواساة والتحفظ في التوقعات. عندما يُرى المرض بحرية، فإنه يتلقى شيئًا من العزاء: «البلوى... تحرِّض بوجودها التعاطف الرحيم، وتخلق في قلب الناس حاجةً ملحة إلى تقديم التسكين والمواساة، كما أن العناية المقدمة إلى التعساء في مأواهم الخاص تَستغِل بشكل فعلي هذا الينبوع الثري للغنى الذي يفيض بالعمل الخيري الخاص. أما إذا وُضع الفقير في المستشفى، فسيُحرم كل هذه الينابيع...»[2]. ما من شك في أن هناك مرضى من دون عائلات، أو مرضى بلغوا من الفقر مبلغًا يجعلهم يعيشون «مكدسين في مخازن». بالنسبة إلى هؤلاء، ينبغي تأمين «بيوت بلدية للمرضى» تقوم مقام العائلات يتبادلون فيها، من باب المعاملة بالمثل، نظرةَ الشفقة، بهذه الطريقة سيجد البؤساء «في صحبة من هم على شاكلتهم أناسًا متعاطفين بشكل طبيعي، ولا يُعتبرون في النهاية غرباء تمامًا عنهم»[3]. هكذا، يجد المرض أينما كان مكانه الطبيعي، أو شبه الطبيعي: «حرية متابعة سيره والاختفاء بنفسه ضمن حقيقته».

إنّ أفكار لجنة التسول تقترب تمامًا من ثيمة وعي بالمرض اجتماعيٍّ ومتمركز. فإذا كانت العائلة مرتبطة بالبائس من طريق واجب **طبيعي** منسوب إلى الشفقة، فإن الأمة مرتبطة به من طريق واجب **اجتماعي وجماعي** يستند إلى المساعدة. من هنا، يجب أن تختفي المؤسساتُ الاستشفائية ذات الممتلكات المشلولة تمامًا، والخالقةُ الفقر بسبب عطالتها بالذات، لكن لتحلّ محلها ثروةٌ وطنية متاحة دومًا، تستطيع أن تضمن لكل واحد المعونة اللازمة له. يجب على الدولة إذًا، أن «تحول لمصلحتها» ممتلكات المستشفيات، ثم تضمها في «صندوق مشترك». وسوف يتم إنشاء إدارة مركزية مكلفة إدارة هذه الكتلة، وستعمل باعتبارها وعيًا طبيًا - اقتصاديًا دائمًا للأمة، وستكون إدراكًا عموميًا لكل مرض وتعرُّفًا فوريًا إلى الاحتياجات كافة. إنها العين الساهرة على البؤس (Œil de la Misère). وستكون مهمتها «تعيين الكميات الضرورية والكافية تمامًا للتخفيف عن كاهل التعساء». وستقوم بتمويل «البيت البلدي»، وستوزع مساعدات خاصة على العائلات الفقيرة التي تقدم بنفسها العناية لمرضاها.

---

(2) Camille Bloch et Alexandre Tuetey, *Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante, 1790-1791* (Paris: [s. n.], 1911), p. 395.

(3) Ibid., p. 396.

لكن المشروع أخفق بسبب مشكلتين: الأولى كانت من طبيعة سياسية اقتصادية، وتخصّ أوقاف المستشفيات. والثانية من طبيعة طبية، وتخص الأمراض المعقدة أو المعدية؛ إذ عادت الجمعية التشريعية (Assemblée legislative) عن مبدأ تأميم الممتلكات، وفضّلت أن تجمع عائداتها فحسب وتحولّها إلى صندوق للمساعدة. كما قررت عدم جواز أن يعهد إلى إدارة مركزية واحدة أمرُ إدارته، لأنها بذلك ستكون مرهقة وبعيدة جدًا من تحقيق مرادها، وبالتالي ستكون عاجزة عن تلبية الاحتياجات. ومن أجل أن يكون الوعي بالمرض والبؤس فوريًا ومجديًا، يجب أن يكون على دراية بالخصوصيات الجغرافية المحلية. هكذا، تعود [الجمعية التشريعية] في هذا المجال، كما في غيره، عن [الإدارة] المركزية [التي اعتمدتها الجمعية التأسيسية] إلى نظام أكثر رخاوة بكثير، على الطراز الإنكليزي: وهو تكليف الإدارات المحلية بتأسيس البدائل السياسية، وعليها أن تبقى على علم بالاحتياجات، وأن توزّع بنفسها العائدات، وستشكل شبكةً للإشراف متعددة. هكذا، يُطرح مبدأ تكليف التجمعات المحلية بالمساعدة، وهو مبدأ سوف تتبناه نهائيًا حكومة المديرين (Directoire).

إلّا أن المساعدة غير المركزية، التي عهد بها إلى جهات محلية، ما عاد بإمكانها ضمان الوظائف الجزائية، وبالتالي يجب الفصل بين مشكلات المساعدة ومشكلات الردع. [ها هو] تينون، المهموم بتسوية مشكلة [مستشفى] بيساتر (Bicètre) و[مستشفى] سالبترير (Salpêtrière)، أراد أن تُنشئ الجمعيةُ التشريعية لجنةً تُعنى بالـ «المستشفيات وبيوت التوقيف» تمتلك صلاحيةً عامة على منشآت المستشفيات والسجون والتشرد والأوبئة. اعترضت الجمعية على ذلك زاعمةً أن هذا يعني «بطريقة ما إذلالَ الطبقات الدنيا من الشعب من خلال إيلاء التعساء والمجرمين معًا الاهتمام من الأشخاص أنفسهم»[4]. إن الشعور بالمرض وما يستتبعه من واجب مساعدة الفقراء، يحصل على استقلاليته، فهو يتوجه الآن إلى نمط من البؤس خاص جدًا. ويتفق مع ذلك أن الطبيب بدأ يؤدي دورًا حاسمًا في تنظيم المعونات. ذلك أنه سيصبح على الصعيد الاجتماعي، حيث

(4) مذكور في: Jean Imbert, *Le Droit hospitalier sous la révolution et l'empire* (Paris: [s. n.], 1954), p. 52.

توزّع هذه المعونات، عميلًا [وكيلًا] متقصيًا الاحتياجات، ويحكم على طبيعة المساعدة ودرجتها التي يجب تقديمها. إن لامركزية وسائل المساعدة تسمح بأن يكتسب تطبيقُها الصفة الطبية. هنا، نتعرف إلى فكرة مألوفة عند **كابانيس** وهي فكرة الطبيب - القاضي، فهو الذي يجب أن توكِل إليه المدينةُ «حياةَ الناس» بدل أن «تتركها تحت رحمة الدجالين والثرثارين»، وهو من يحكم بأن «حياة القادر والغني ليست أغلى من حياة الضعيف والمحتاج»، وأخيرًا هو الذي يعرف كيف يرفض تقديم المعونات «إلى الذين يسيئون إلى العامة»[5]. فهو علاوة على دوره بوصفه تقنيًا في الطب، يؤدي دورًا اقتصاديًا في توزيع المعونات، فيكون دوره في استحقاقاتها دورًا أخلاقيًا وشبه قانوني، ها هو قد أصبح «قيّمًا على الأخلاق كما على الصحة العامة»[6].

ينبغي أن يأخذ المستشفى مكانه، في اعتماده هذا الشكل [المناطقي]، حيث تتعدد السلطات الطبية من أجل تأمين الإشراف الدائم على نحو أفضل. فهو ضروري للمرضى ممن لا أهل لهم، وهو ضروري أيضًا في الحالات المُعدية ومن أجل الأمراض المعقدة «غير المعهودة» التي لا يستطيع الطب في شكله اليومي أن يتصدى لها. وهنا أيضًا، كان تأثير تينون وكابانيس واضحًا. فالمستشفى بشكله العام الذي يشير بوجوده إلى البؤس، يظهر في المستوى المحلي كإجراء لا غنى عنه من أجل الحماية؛ حماية الناس الأصحاء من المرض، وحماية المرضى من ممارسات الجهلة: يجب «وقايةُ الشعب من أخطائه بالذات»[7]، وحمايةُ المرضى بعضهم من بعض. إن ما عزم عليه تينون هو فضاء استشفائي مختلف؛ فضاء مختلف تبعًا لمبدأين: مبدأ «التأهيل» الذي يكرّس كل مستشفى لفئة من المرضى أو لطائفة من الأمراض، ومبدأ «التوزيع» الذي يحدد، داخل المستشفى الواحد، النظامَ الواجب اتباعه «من أجل تنظيم مختلف أصناف المرضى الذين يُتفق على

---

(5) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Du Degré de certitude de la médecine*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1819), pp. 135, 154.

(6) Ibid., p. 146, n. 1.

(7) Ibid., p. 135.

قبولهم فيه»[8]. بهذا الشكل، يتم تجاوز العائلة، وهي المكان الطبيعي للمرض، إلى فضاء آخر عليه أن يعيد إنتاج الشكل الخاص لعالم المرض، إنما على شاكلة عالم أصغر. وهنا، سوف يتم تجميع الأمراض ضمن مراتب وأنواع في مجال من العقلانية يستعيد التوزيع الأصلي للجواهر، وذلك تحت نظر طبيب المستشفى. فالمستشفى، وقد تم تصوره بهذا الشكل، يسمح بـ «تصنيف الأمراض تمامًا حيث يجد كل امرئ ما يتناسب مع حالته من دون أن يتفاقم من طريق جواره مع مرض الآخرين، ومن دون أن ينشر العدوى، في المستشفى أو خارجه»[9]. ففيه يجد المرض مكانه المرموق، باعتباره مقرًا إجباريًا لحقيقته.

بناء عليه، تواكبت في مشروعات لجنة المعونات (Comité des Secours)، سلطتان هما: السلطة الاعتيادية التي تتضمن، بسبب توزيع المساعدة، مراقبةً متصلة من الفضاء الاجتماعي تقوم على أساس نظام مناطقي ذي مهمات طبية كبيرة، والسلطة غير الاعتيادية المؤلفة من فضاءات منفصلة، فهي طبية حصرًا، ومبنية على نمط المعرفة العلمية. بهذا الشكل، يقع المرض في نظام للمشاهدة - الملاحظة مزدوج: هناك معاينة لا تميزه من جميع أشكال البؤس الاجتماعي التي يجب التخلص منها، بل تخفيه فيها، ومعاينة تعزله كي تحصره بشكل أفضل ضمن حقيقته الطبيعية.

تركت الجمعية التشريعية مشكلتين من دون حل أمام الجمعية التأسيسية (Convention) وهما: مشكلة ملكية أموال المستشفيات، ومشكلة جديدة، تتعلق بالعاملين في المستشفيات. ففي 18 آب/ أغسطس 1792 كانت الجمعية التشريعية أعلنت حلّ «جميع الهيئات الدينية والرهبانيات الدنيوية (congrégations séculières) للرجال والنساء الكنسيين أو العلمانيين»[10]. غير أن المستشفيات بمعظمها كانت في عهدة الجمعيات (orders) الدينية، أو، كما هي حال [مستشفى] سالبترير، من جهة منظمات علمانية تُعتبر نمطًا شبه رهباني، لهذا السبب أضاف المرسوم: «ومع

---

(8) Jacques Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* (Paris: [s. n.], 1788), p. 359.

(9) Ibid., p. 354.

(10) Jean Baptiste Duvergier, *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements, et avis du conseil d'état*, t. IV, p. 325.

ذلك، يتابع الأشخاص أنفسهم، في المستشفيات وبيوت البر والإحسان، كما في السابق، خدمةَ الفقراء والعنايةَ بالمرضى بصفة فردية، تحت إشراف الهيئات البلدية والإدارية، حتى صدور التنظيم النهائي الذي ستقدمه لجنة المعونات إلى الجمعية الوطنية». وفي الواقع، حتى تيرميدور [سقوط روبسبيير]، كانت الجمعية التأسيسية تفكر تحديدًا في مشكلة المساعدة والمستشفى بتعبيرات الإلغاء. إلغاء فوري لمعونات الدولة طالب به الجيروندو الذين كانوا يخشون التأطير السياسي للطبقات الأكثر فقرًا من طريق البلدات [الكوميونات] (Communes)، إذا ما استلمت مهمة توزيع المساعدة. ويرى رولان (Roland) أن نظام الصَّدَقات «هو الأكثر خطورة». ما من شك في أن فعل الإحسان يمكن ويجب أن يمارَس من طريق «اكتتاب خاص، لكن يجب على الحكومة ألّا تتدخل بذلك، وإلا ستكون مخطئة، فهي إما أنها لن تقدم الغوث، وإما ستسيء تقديمه»[11]. وطالب الجبليون[12] بإلغاء المستشفيات، لأنهم كانوا يرون فيها مأسسة للبؤس، وكانوا يرون أن إحدى مهمات الثورة هي أن تخفيها حين تجعلها عديمة النفع، وفي هذا الشأن، تساءل لوبون (Lebon) بخصوص مستشفى مخصص لـ «الإنسانية المعذبة»: «هل يقتضي الأمرُ أن يخلو جزءٌ من البشرية من المعاناة؟... انقشوا إذًا فوق أبواب هذه الملاجئ كتاباتٍ تعلن اختفاءها القريب. لئن كانت الثورة قد أُنجزت، فما زال بين ظهرانينا تعساء، وكان جهدنا الثوري سيضيع عبثًا»[13]. أما بارِر (Barère) في مناقشته القانون الصادر في 22 فلوريال من عام II، أطلق الصيغة الشهيرة: «لا مزيد من الصدقات، لا مزيد من المستشفيات».

بالتزامن مع انتصار حزب الجبل، تغلبت فكرةُ إنشاء منظمة حكومية للإغاثة العامة، وفكرةُ إلغاء تكميلي للمنشآت الاستشفائية، إنما على مدى طويل إلى حد

(11) «Archives Parlementaires,» t. LVI, p. 646, dans: Imbert, p. 76, n. 29.

(12) الجبليون (Montagnards) فريق سياسي في الثورة الفرنسية، كانوا يعبّرون عن مصالح الطبقات الشعبية والوسطى. اتّخذوا التّسمية بسبب جلوسهم في الصفوف العليا من المجلس. كان روبسبيير من أهم زعمائهم. كانوا يريدون المضي بالثورة حتى النهاية، فأقاموا حكم الإرهاب بعد سيطرتهم على المؤتمر. لكن انتهى دورهم بعد إدانة روبسبيير وإعدامه. (المترجم)

(13) Ibid., p. 78.

ما. فطالبت الجمعية التأسيسية لعام II في إعلان الحقوق بأن «تعتبر الإعاناتُ العمومية واجبًا مقدسًا»، وفرض قانون 22 فلوريال صوغ «كتاب كبير عن العمل الخيري الوطني» وإعداد نظام للإغاثة في الريف. لكنه لم يأت على ذكر بيوت للصحة إلا لـ «المرضى الذين لا يمتلكون مأوى أو الذين لا يتمكنون من الحصول على العناية فيه»[14]. إن تأميم ممتلكات المستشفيات الذي كان مبدأه قد قُبل منذ 19 آذار/ مارس 1793، والذي تأخر تطبيقه حتى ما بعد «التنظيم الكامل والنهائي لنشاط متعدد في الإعانة العمومية»، قد أصبح فورًا قيد التنفيذ مع القانون الصادر في 23 ميسيدور عام II. وسوف تُعتبر أوقاف المستشفيات من بين الممتلكات الوطنية، وسيتم تأمين المساعدة من طريق الخزينة. وسيتحمل بعض المكاتب الإدارية في الأقاليم عبءَ توزيع المعونات الضرورية في المنازل. هكذا، بدأ يتحقق، إن لم يكن في الواقع فأقلّه في التشريع، الحلمُ الكبير في إلغاء الاستشفاء الكامل للمرض والحاجة. فالفقرُ واقعةٌ اقتصادية يجب معالجتها ما دامت موجودة بتقديم الإعانة لها، والمرضُ حادثٌ فردي يجب على العائلة أن تستجيب له بتأمين العناية الضرورية للضحية. والمستشفى حلٌّ غير ملائم تاريخيًا ولا يستجيب لحاجات الفقر الحقيقية، ويسم ببؤسه الشخصَ المريض. يجب إيجاد حالة مثالية لن يعود الكائن البشري فيها يعرف الإنهاك بسبب الجهد المضني، ولا المستشفى الذي يؤدي إلى الموت. «لم يخلق إنسان للمهن ولا للمستشفى ولا للملاجئ: كل ذلك رهيب»[15].

2 - قانون الممارسة الطبية والتعليم الطبي

نَظمت مراسيم مارلي (Marly) التي صدرت في آذار/ مارس 1707، ممارسةَ الطب وتأهيلَ الأطباء حتى نهاية القرن الثامن عشر. كان المقصود حينذاك مكافحةَ المشعوذين والدجالين [الإمبيريقيين]، «والأشخاص غير المؤهلين ممن كانوا

---

(14) قانون 19 آذار عام 1793.

(15) Saint-Just, dans: Philippe Joseph B. Buchez et Pierre Célestin Roux-Lavergne, *Histoire parlementaire de la Révolution française, ou, Journal des assemblées nationales, depuis 1789 jusqu'en 1815*, t. XXXV, p. 296.

يمارسون الطب»، وبالتوافق مع ذلك وجبت إعادة تنظيم الكليات التي ترزح منذ سنوات عدة تحت «أقصى حالات الكسل والإهمال». كانت قد صدرت تعليمات تنص على أن يتم من الآن فصاعدًا تعليم الطب في جامعات المملكة كلها حيث توجد، أو وُجدت سابقًا، كلية، وأن تُملأ الكراسي فور خلوّها بدل أن تبقى شاغرةً إلى ما لانهاية، وألّا يحصل الطلاب على شهاداتهم إلا بعد ثلاث سنوات من الدراسة، مع وجوب التحقق منها بعد امتحانات تُجرى كل أربعة شهور، وأن يخضعوا في كل سنة لامتحان قبل القرار الذي يمنحهم البكالوريوس (bachelier) أو الإجازة (licencié) أو الدكتوراه (docteur)، وأن عليهم أن يشاركوا مشاركةً إلزامية في مقررات التشريح، والصيدلة الكيميائية والجالينوسية (galénique)، وفي التجارب على النباتات[16]. في مثل هذه الأحوال، طرحت المادة 26 من المرسوم المبدأ الآتي: «لا يمكن أن يمارس أحد الطب أو يعطي دواء ولو بالمجان، إن لم يكن حاصلًا على درجة الإجازة»، ثم يضيف النص - ما يُعتبر النتيجة الرئيسة لهذه المادة، والهدف الذي اشترته كليات الطب بثمن إعادة تنظيمها - «على جميع الرهبان المتسولين أو غير المتسولين أن يكونوا أو يبقوا مشمولين بالحظر الذي ورَدَ في المادة السابقة»[17]. وفي نهاية القرن، كانت الانتقادات محل إجماع على أربع نقاط في الأقل: المشعوذون ما زالوا ينشطون، والتعليم الموافق للقانون الكنسي المقدَّم في الكلية ما عاد يستجيب لمتطلبات الممارسة ولا للاكتشافات الجديدة (كان يتم تعليم النظرية فحسب، ولم يكن هناك من مكان للرياضيات ولا للفيزياء)، ثم هناك عدد فائض من مدارس الطب حيث يمكن تأمين التدريس في كل مكان بشكل كاف، [وأخيرًا] كان الابتزاز منتشرًا فيها (كان يتم الحصولُ على الكراسي مثلما يتم الحصول على أي تكليف وظيفي، وكان الأساتذة يلقون محاضرات مأجورة، والطلاب يشترون الامتحانات، ويكلفون الأطباء المحتاجين كتابة أطروحاتهم)، الأمر الذي جعل من الدراسات الطبية باهظة الكلفة، يضاف إلى ذلك أن التأهيلَ للممارسة، كان يَفرض على الطبيب الجديد أن يرافق طبيبًا

---

(16) Articles 1, 6, 9, 10, 14, et 22.

(17) المادتان 26 و27. النص الكامل لمرسوم ميرلي مذكور في: Jean-Emmanuel Gilibert, *L'Anarchie médicinale ou la médecine considérée comme nuisible à la société*, t. 2 (Neuchâtel: [s. n.], 1772), pp. 58-118.

مشهورًا في زياراته المريض، الأمر الذي يرتب عليه تعويضات[18]. هكذا، وجدت الثورة نفسها أمام سلسلتين من المطالب: الأولى لمصلحة تقييد أشد لحقوق الممارسة، والثانية لمصلحة تنظيم أكثر صرامة للمنهاج الجامعي. غير أن هؤلاء وأولئك مضوا بخلاف هذه الحركة من الإصلاحات التي أدت إلى إلغاء ممثلي المهن [في ظل النظام الملكي] والهيئات المهنية، وإلى إغلاق الجامعات.

هكذا، حصل توتر بين متطلبات إعادة تنظيم المعارف، ومتطلبات إلغاء الامتيازات، وأخيرًا، متطلبات الإشراف الفاعل على صحة الأمة. كيف في إمكان المعاينة الحرة التي يلقيها الطب، ومن خلاله الحكومة، على المواطنين، أن تكون كفوءة وقادرة من دون أن تتورط في سِرّية المعرفة وفي صلابة الامتيازات الاجتماعية؟

المشكلة الأولى: هل يمكن أن يكون الطب مهنةً حرة، لا يحميها قانونٌ تعاوني [مهني] ولا حظرٌ للممارسة ولا امتيازٌ للكفاءة؟ وهل يمكن أن يكون وعي الأمة بالجانب الطبي أيضًا عفويًا على غرار وعيها المدني والأخلاقي؟ فالأطباء يدافعون عن حقوقهم ضمن هيئات يروِّجون فيها للمعنى التعاوني وليس لمعنى الامتياز. ذلك أن الجسم الطبي يختلف، من جانب، عن الأجسام السياسية لكونه لا يسعى إلى تقييد حرية الآخر، ولا إلى فرض قوانين أو إلزامات على المواطنين، فهو لا يفرض إلزامات إلا على نفسه، «سلطته القضائية متمركزة في صميمه»[19]، لكنه يتميز، من جهة ثانية، عن أجسام مهنية أخرى، لأنه ليس معَدًّا للمحافظة على حقوق وتقاليد غامضة، إنما لمقابلة المعرفة (إقامة مقارنة) وإبلاغها (نشرها)، فمن دون أداة قائمة، تنطفئ الأنوارُ فور سطوعها، وتضيع خبرة كل واحد على الجميع. وحين يتجمع الأطباء في هيئة فإنهم يقسمون بهذا القسم الضمني: «نريد أن ننوِّر أنفسنا من خلال تحصينها بجميع المعارف التي في حوزتنا. بهذا، نتمكن من

(18) بخصوص هذا الموضوع، يُنظر: Ibid.; Fr. Thiery, *Voeux d'un patriote sur la médecine en France* (Paris: Garnery, 1789).

سيظهر أن هذا النصّ كُتب في عام 1750، ولم يُطبع إلّا بمناسبة اجتماع الطبقات الثلاث.

(19) M. Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée nationale, où l'on se propose d'établir l'unité et l'utilité de l'art de guérir* (Paris: [s. n.], 1790), p. 14.

تصويب أخطاء بعض منا من طريق تفوّق بعضنا الآخر، ونحن بتجمعنا تحت إدارة مشتركة، فإننا نحرض على المنافسة باستمرار»[20]. بناء عليه، بدت هيئة الأطباء إذًا تنتقد نفسها بنفسها أكثر مما تحمي نفسها. لهذا السبب، تكون ضرورية من أجل حماية الشعب من أوهامه ومن ألاعيب الدجالين[21]. «وإذا ما شكّل الجراحون والأطباء[22] جسمًا مهنيًا ضروريًا للمجتمع، فإن وظائفهم المهمة تستوجب من جانب السلطة التشريعية اهتمامًا خاصًا يقي من التعسفات»[23]. إذا ما أرادت دولةٌ حرة أن تحافظ على المواطنين الأحرار من الخطأ وما يجرّه من أمراض، عليها ألّا تسمح بممارسة حرة للطب.

والحال أن ما من أحد، حتى بين الجيرونديين الأكثر ليبرالية، كان يحلم بالتحرير الكامل للممارسة الطبية وتشريع الأبواب أمام نظام من التنافس من دون ضابط. فماثيو جيرو بالذات أراد، وهو يطالب بإلغاء الهيئات الطبية المتشكلة كلها، أن ينشئ في كل إقليم (département) محكمةً تنظر في أمر «أي شخص يحشر أنفه بالطب من دون أن يكون خضع لاختبارات الكفاءة»[24]. لكن المشكلة في ممارسة الطب كانت مرتبطة بثلاث مشكلات أخرى: الإلغاء العام للطوائف المهنية، زوال الجمعية الطبية والثالثة الأهم إغلاق الجامعات.

حتى تيرميدور، كانت مشروعات إعادة تنظيم المدارس الطبية لا تحصى. ويمكن أن نجمعها في زمرتيْن: **الأولى** تقترح استمرار البنيات الجامعية، **والأخرى** تأخذ بالحسبان مراسيم 17 آب/أغسطس 1792. ففي زمرة «الإصلاحيين»، نجد دومًا الفكرة القائلة بوجوب محو الخصوصيات المحلية، من خلال إلغاء

---

(20) Ibid.

(21) Cabanis, *Du Degré.*

(22) قبل منتصف القرن الثامن عشر، كان ينظر إلى الجراحة بصفتها مهنة يدوية، وبالتالي أقرب إلى الحلاقة منها إلى الطبّ، أمّا ضباط الصحة، فهم الأطباء الذين كان تأهيلهم محدودًا بسبب الحروب التي كانت تخوضها فرنسا. (المترجم)

(23) Nicolas Jadelot, *Adresse à nos seigneurs de l'assemblée nationale sur la nécessité et les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine* (Nancy: [s. n.], 1790), p. 7.

(24) يُنظر ص 57-58.

الكليات الصغيرة التي كانت في حالة خمول، وحيث كان الأساتذة قليلي العدد، وقليلي الكفاءة، يوزّعون الألقاب والامتحانات ويبيعونها. لكن، كان هناك عدد من الكليات المهمة ستقدم في أنحاء البلاد المختلفة كراسيَ سيحتلها من هم الأفضل؛ سيقومون بتدريب دكاترة حيث لا تتعرض أهليتهم للتشكيك من أحد، ويمكن أن يؤدي ضبطُ الدولة وضبطُ الرأي العام دورًا فاعلًا في نشوء معرفةٍ طبية ووعيٍ طبي سيصبح في النهاية ملبيًا حاجات الأمة. قدّر تييري (Thiery) أنه تكفي أربعُ كليات، أما غالو (Gallot) فقد اكتفى باثنتين، يضاف إليهما عدد من المدارس الخاصة تقدّم تعليمًا أقل مستوى[25]. كذلك، يجب أن تدوم الدراسةُ فترةً أطول: سبع سنوات بالنسبة إلى غالو، وعشر سنوات بالنسبة إلى كانتان؛ كان القصد من هذه الآراء أن يتضمن منهاجُ الدروس الرياضيات والهندسة والفيزياء والكيمياء[26]، وكل ما له صلة عضوية بعلم الطب. كذلك وجب، على وجه التحديد، مواجهة تعليم تطبيقي. أراد تييري إنشاء معهد ملكي، مستقل إلى حد ما عن الكلية، يؤمن للنخبة من الأطباء الشباب تأهيلًا متقنًا، ولا سيما من الناحية التطبيقية. على هذا، تم إحداث نوع من نظام الإقامة [للطبيب] في حديقة الملك (Jardin du Roi) ملحقة بمستشفى (من الممكن الاستفادة من سالبتريير القريب جدًا)، وهناك كان الأساتذة يلقون الدروس وهم يقومون بزيارة المرضى، كانت الكلية تكتفي بتعيين دكتور - مشرِف من المعهد (Institute) لإجراء الامتحانات العمومية. في حين اقترح كانتان أن يُرسَل الأطباءُ المرشَّحون، بعد تحصيلهم المبادئ الأساسية، إلى المستشفى حينًا، وإلى الريف حينًا آخر ليكونوا مساعدين إلى جانب الأطباء الممارسين؛ ذلك أن الحاجة إليهم قائمةٌ هنا وهناك، ونادرًا ما يحتاج المرضى الذين يتلقون العلاج، إلى أطباء من ذوي الكفاءة العالية. وبفضل هذا الطواف الطبي من منطقة إلى أخرى في فرنسا، سوف يتلقى الأطباء التعليم الأكثر تنوعًا، وسيتعلمون تمييز الأمراض الخاصة بكل مناخ، وسيختبرون الطرائق الأكثر نجاعة في المعالجة.

---

(25) Thiery, *Voeux d'un patriote*; Jean Gabriel Gallot, *Vues générales sur la restauration de l'art de guérir: Lues à la séance publique de la société de médecine, le 31 août 1790, et présentées au comité de salubrité de l'assemblée nationale, le 6 octobre; Suivies d'un plan d'hospices ruraux pour le soulagement des campagnes* (Paris: [s. n.], 1790).

(26) Thiery, pp. 89-98.

إنّ التأهيل العملي منفصل صراحةً عن التعليم النظري والجامعي. في حين كان الطب، كما سنرى في ما بعد، محكومًا بتصورات تسمح له بتحديد الوحدة في التعليم السريري، أخفق الإصلاحيون في التوصل إلى طرح صيغة مؤسساتية: لا يُعتبر التأهيل العملي تطبيقًا بلا قيود للمعرفة المجردة (لكان يكفي في هذه الحالة أن يُعهد بهذا التعليم العملي إلى أساتذة المدارس الطبية وحدهم)، كذلك لا يمكن أن يكون مفتاحَ هذه المعرفة (إذ لا يمكن تحصيله إلا بعد تحصيل هذه المعرفة من مكان آخر). وفي الواقع، إن هذا التعليم العملي يتحدد تبعًا لضوابط طب الزمرة الاجتماعية، في حين لا ينفصل التأهيل الجامعي عن طبّ قريب إلى حد ما من نظرية الأنواع.

كان هذا التحصيل العلمي، وبأكثر الطرائق غرابة، المحكوم بثيمة المنفعة الاجتماعية، متروكًا بالكامل تقريبًا إلى المبادرة الخاصة، من حيث إن الدولة لا تسيطر كثيرًا إلا على التعليم النظري. بهذا المعنى، أراد كابانيس أن يُسمح لكل طبيب في المستشفى بـ «تشكيل مدرسة تبعًا لخطة يراها الأفضل»، يعود له وحده فحسب أن يحدد لكل تلميذ الزمنَ اللازم للدراسة؛ إذ قد تكفي سنتان لبعضهم، وقد يحتاج بعضهم الآخر، الأقل موهبة، إلى أربعِ سنوات، وسوف تكون هذه الدروس الخاضعة إلى المبادرة الفردية مدفوعةَ الأجر بالضرورة، وسيحدد الأساتذة بأنفسهم أجورها، وقد يكون هذا الأجرُ مرتفعًا جدًا إذا كان الأستاذ مشهورًا وكانت دروسُه مطلوبة، من دون أن ينطوي ذلك على أي محذور: لأن «المنافسة النبيلة التي تغذيها أنواع الدوافع كلها، لن تعود إلا بالفائدة على المرضى والطلاب والعلم»[27].

إنّ لهذا التفكير الإصلاحي بنية غريبة؛ إذ كان المقصود أن تُترك المساعدة إلى المبادرة الفردية وأن تبقى منشآت الاستشفاء من أجل طب امتيازي أكثر تعقيدًا. كان وضع التعليم مقلوبًا، فهو يتبع طريقًا إجباريًا وعموميًا إلى الجامعة، ليصبح في المستشفى خصوصيًا، تنافسيًا ومأجورًا. لهذا، فإن ضوابط تحصيل المعرفة وقواعد تشكيل الإدراك الحسي لم تتطابق مع بعضها؛ فطريقة توجيه المعاينة

---

(27) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (Paris: [s. n.], 1790), pp. 32-33.

وطريقةُ تدريبها لا تتجانسان؛ ذلك أن حقل الممارسة الطبية منقسم بين ميدانٍ حر ومفتوح بشكل لانهائي، وهو ميدان الممارسة في المنزل، ومكانٍ مقفل، مغلق على حقائق الأنواع التي يكشف عنها، [كما أن] حقل التدريب منقسم بين الميدانِ المغلق للمعرفة المنقولة، وميدانٍ حر، حيث تنطق الحقيقة بذاتها. إنّ المستشفى يؤدّي بالتناوب هذا الدور المزدوج؛ إنه مكان الحقائق الانتظامية أمام المعاينة التي يلقيها الطبيب، ومكان التجارب الحرة بالنسبة إلى المعرفة التي يصوغها المعلم.

في آب/ أغسطس 1791، أُغلقت الجامعات، وفي أيلول/ سبتمبر حُلّت [الجمعية] التشريعية. وأصبح غموض هذه البنى المعقدة على وشك الانتهاء؛ فقد طالب الجيرونديون بإطلاق العنان لحرية التعليم في الطب، وأتى الدعم إليهم من المستفيدين من الأوضاع القديمة، الذين يظنون أن في إمكانهم، بغياب أي تنظيم، أن يستعيدوا، إن لم تكن امتيازاتهم، ففي الأقل نفوذهم. كان بعض الكاثوليك مثل دوران مايان (Durand Maillane)، وبعض مرتّلي الكنائس الصغيرة السابقين (Oratoriens) على غرار دونو[28] (Daunou) أو سييز[29] (Sieyès)، وبعض المعتدلين على غرار فوركروا (fourcroy)، مناصرين لليبرالية القصوى في تعليم العلوم والفنون. فهم يرون أن مشروع كوندورسيه[30] (Condorcet) ينذر بعودة «طوائف حرفية مذهلة»[31]، وكانوا يرقبون عودة ظهور ما كان قد ألغي للتو، مثل

---

(28) دونو (Pierre Claude François Daunou) (1761-1840): مؤرّخ وسياسي فرنسي، وقسّيس مناصر للثورة. عضو في المؤتمر، عارض حكم الإعدام بحقّ الملك وناصَرَ الجيرونديين، فسُجِنَ حتى سقوط روبسبيير. ثم أصبح عضوًا في مجلس الخمسمئة. (المترجم)

(29) سييز (Emmanuel Joseph Sieyès) (1748-1836): سياسي ورجل دين فرنسي. من منظّري الثورة الفرنسية، انتُخِبَ مندوبًا عن الطبقة الثالثة [الشعب] في مؤتمر الطبقات الثلاث، واقترح تغيير اسمه إلى «الجمعية الوطنية». له كتاب ما هي الطبقة الثالثة. (المترجم)

(30) كوندورسيه (Condorcet) (1743-1794): فيلسوف وعالِم رياضيات ورجل سياسي فرنسي. قامت بحوثه في الرياضيات على «حساب التكامل» و«التحليل» ضمن مشروع طموح لإيجاد «رياضيات اجتماعية». حصل على مقعد في الجمعية التشريعية، وقدّم لها مشروعًا لتنظيم التعليم العام. كان من الجيرونديين، فعارض الإرهاب، وفرّ من الملاحقة، حتى عُثِرَ عليه بعد ثمانية شهور، فأودِعَ السجن ووُجِدَ ميتًا في اليوم التالي. نُقِلَت رفاته إلى البانتيون في عام 1989. (المترجم)

(31) Durand Maillane, dans: Guillaume, t. 1, p. 124.

«الجامعات القوطية والأكاديميات الأرستقراطية»[32]، ومذّاك لن يكون هناك من حاجة إلى الانتظار طويلًا حتى تنعقد شبكة من طبقة كهنوتية «ربما كانت أكثر جبروتًا من تلك التي أطاحتها مصلحة الشعب منذ فترة قريبة»[33]. ففي أماكن ومواقع هذه الطوائف الحرفية سوف يكون للمبادرة الفردية أن تعرض الحقيقةَ حيثما كانت حرة: «أعيدوا للعبقرية كامل نطاق القدرة والحرية الذي تطالب به، طالبوا بحقوقها غير القابلة للتقادم، ولا تألوا جهدًا في تقديم التبجيل والمكافآت العمومية إلى جميع المفسرين المفيدين للطبيعة حيثما وجدوا، ولا تحصروا في حلقة ضيقة العقولَ النيرة التي لا تبحث إلا عن الانتشار»[34]. وفيما رُفض تنظيم الطب، مُنِحت له الحرية فحسب: «إن المواطنين المتنورين في الآداب والفنون مدعوون إلى الانكباب على التعليم على امتداد الجمهورية الفرنسية». كل ذلك من دون امتحان ومن دون ألقاب في ما عدا العمر والخبرة واحترام المواطنين، فمن يريد تعليم الرياضيات أو الفنون الجميلة أو الطب، عليه أن يحصل من مجلس البلدية على شهادة في المواطنة وفي النزاهة فحسب: وإن احتاج إلى التعلّم، أو استحقه بالعمر، أمكنه أيضًا أن يطلب من المنظمات المحلية أن تعيره عدةَ التعليم وإجراءِ التجارب. ولسوف تُكافأ هذه الدروس المعطاة بحرّية من التلامذة وبموافقة المعلم، ويمكن أن توزع البلدية أيضًا المِنَح لمن يستحقها. ففي نظام الحرية الاقتصادية والمنافسة يرتبط التعليم بأواصر الحرية الإغريقية القديمة؛ إذ تنتقل المعرفة تلقائيًا من خلال الكلام (Parole)، والكلام الذي يحتوي مقدارًا أكبر من الحقيقة سوف يفوز. فها هو فوركروا، كما لو أنه يريد أن يقدم دليلًا من الحنين والتمنّع على حلمه، كي يضفي عليه سمةً (sigle) أكثرَ إغريقية أيضًا تجعل مقاصده عصية على الهجوم وتخفي جيدًا أهدافه الحقيقية؛ فقد اقترح أنه بعد خمس وعشرين سنة من التعليم، سوف يحصل المعلمون المحمَّلون بالسنين وبالوقار آخر المطاف، كما لو أنهم لبسوا لَبوس سقراط، على الإقرار بفضلهم من

---

(32) Antoine-François Fourcroy, *Rapport et projet de décret sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (Paris: [s. n.], an II), p. 2.

(33) Ibid., p. 2.

(34) Ibid., p. 8.

خير المدن الأثينية، وعلى أسباب للعيش بفعل شيخوختهم الطويلة في بريتانه[35] (Prytanée).

من المفارقة أن يكون الجبليون، المقرّبون من روبسبيير[36]، هم من دافعوا عن الأفكار القريبة من مشروع كوندورسيه. فقد اقترح لو بلتييه[37] (Le Peletier) الذي استأنف روبسبيير مشروعَه، بعيدَ مصرعه، ثم روم (Romme) (بعيد سقوط الجيرونديين[38] (girondins)) الذي تابع تعليمًا مركزيًا، خاضعًا إلى الدولة في الصعد كافة، وحتى لدى فريق الجبل كان هؤلاء قلقين من هذه «الحصون الأربعين ألفًا حيث اقتُرح احتجاز الجيل القادم»[39]. وفي السياق عينه، اقترح بوكييه (Bouquier)،

---

(35) بريتانه (Prytanée): صَرح عمومي في بلاد الإغريق، كانت تُعقَد فيه الاجتماعات السياسية أو الدينية. كان يقيم فيه المنتخَبون في أثينا، حيث يُقَدَّم لهم الطعام والشراب من الدولة، ومعهم المواطنون المكرَّمون. (المترجم)

(36) روبسبيير (Maximilien de Robespierre) (1758-1794): محامٍ وسياسي فرنسي، عضو في نادي اليعاقبة، وزعيم الجبليين، طرد الجيرونديين من المؤتمر، أراد بالإرهاب بناء الديمقراطية والفضيلة وعبادة الكائن الأسمى. عضو في لجنة السلامة العامة. لُقِّبَ بالنّزيه بسبب انتصاره للعدالة ولمناصرته الفقراء متأثرًا بروسو، الأمر الذي جعله على خلاف مع أنصار فولتير المستعجلين للحرية الاقتصادية. تعرّض للهجوم من أنصار دانتون، ثم حكمت عليه المحكمة الثورية في تيرميدور بالإعدام. ونُفِّذَ الحكم في اليوم التالي من عام II. أدّى إعدامه إلى ما يسمّى ردّة الفعل التيرميدورية، وبالتالي إلى انتهاء فترة الإرهاب. (المترجم)

(37) لويس - ميشال لو بلتييه، مركيز دو سان فارجو (Louis-Michel le Peletier, marquis de Saint-Fargeau) (1760-1793): سياسي ورجل قانون فرنسي. من النبلاء، أنكَرَ لقب النبالة مع بداية الثورة وطالب بالاكتفاء باسم العائلة فحسب. ترأس الجمعية الوطنية التشريعية في عام 1790. قدّم مشروع قانون للعقوبات، طالب فيه بإلغاء عقوبة الإعدام (لم تتمّ الموافقة عليه، بل تمّ تحديد طريقة فصل الرأس كطريقة وحيدة للإعدام)، ومنع التعذيب. انتُخِبَ سكرتيرًا للمؤتمر، والتحَقَ بالجبليين، وطالب بحرية الصحافة. عدّل رأيه بخصوص الإعدام، وصوّت على إعدام الملك، فطعنه أحد حرّاس الملك السابقين قبل تنفيذ الحكم، فكان أوّل شهيد من شهداء الثورة. (المترجم)

(38) الجيرونديون (Girondins): فريق سياسي مهمّ في الثورة الفرنسية، تعود التسمية إلى المنطقة التي أتى منها زعماؤهم الذين ينتمون إلى الطبقة البرجوازية والمهن الحرّة. كانوا يجلسون في الجهة اليسرى من المجلس التشريعي، لكن بعد إعلان الجمهورية بدأ نفوذهم يخفّ لمصلحة الجبليين. عارضوا الرقابة على الاقتصاد. (المترجم)

(39) Sainte-Foy, dans: *Journal de la Montagne*, 12/12/1793.

عضو لجنة التعليم العام، مدعومًا من اليعاقبة[40] (Jacobins)، خطةَ تسوية أقل فوضوية من خطة الجيرونديين، وأقل صرامة من مشروع لو بلتييه وروم. ميّز فيها تمييزًا جيدًا بين «المعارف الضرورية للمواطن»، من جانب، والتي من دونها لا يستطيع أن يكون مواطنًا حرًا - هذا التدريس حقٌّ له واجبٌ على الدولة، مثلما من حقه عليها الحرية ذاتها - ومن جانب آخر «المعارف الضرورية للمجتمع»، تتحمل الدولة «واجب دعمها، لكنها لا تستطيع أن تنظمها ولا أن تسيطر عليها كما في حال المعارف الأولى، فهي [معارف] تفيد الجماعة ولا تصوغ الفرد». يُعتبر الطب، مع العلوم والفنون، جزءًا منها. هكذا، أُنشئت مدارس صحية في تسع مدن ضمن البلاد، وفي كل منها سبعة «مدرسين»، لكن مدرسة باريس ستحصل على أربعة عشر منهم، إضافة إلى ذلك «سيعطي ضابط الصحة دروسًا في المستشفيات المخصصة للنساء والأطفال والمجانين والمصابين بالزهري (vénériens)». وسيحصل هؤلاء المدرسون على تعويضاتهم من الدولة (3500 ليرة في السنة)، وقد انتخبتهم هيئة محلَّفين كان قد اختارهم «مديرو المديريات (district) المجتمعون مع المواطنين»[41]. هكذا، فإن وعي الجمهور سيجد في هذا التعليم التعبير الحر والمنفعة التي يسعى إليها في آن.

في عهد تيرميدور، كان قد حصل تأميم لأرصدة المستشفيات، وحُظرت الطوائف الحرفية، وألغيت الجمعيات والأكاديميات، ولم تعد الجامعة والكليات ومدارس الطب قائمة، لكن أعضاء المؤتمر لم يكن لديهم الوقت لتطبيق سياسة المساعدة التي قبلوها من حيث المبدأ، كما لم يتسنّ لهم وضع الحدود على ممارسة الطب الحرّة من أي قيد، ولا أمكنهم تحديد الكفاءات اللازمة لممارستها، ولا لتثبيت أشكال تعليمه أخيرًا.

مثل هذه الصعوبة تبعث على المفاجأة حين نتخيل أنه، خلال عشرات

---

(40) نادي اليعاقبة أشهر النوادي في الثورة الفرنسية، أتى اسمه من دير اليعاقبة في باريس الذي استقرّوا فيه في عام 1789. شكّل جماعة ضغط، سيطرت بين عامي 1792 و1794، حيث أصبحت صفة «يعقوبي» مرادفة لنصر لجنة السلامة العامة. اتّبعت سياسة متطرفة مناصرة لديمقراطية المساواة. تراجع دورها حتى تفكّكت بعد سقوط روبسبيير. (المترجم)

(41) Fourcroy, *Rapport et projet*.

السنين، حظيت هذه المسائل بالنقاش، واقتُرِح لها عدد من الحلول منذ أمد بعيد، الأمر الذي يشير إلى وعي نظري بهذه المشكلات، وأن الجمعية التشريعية على وجه التحديد، طرحت من حيث المبدأ ما سيُكتشَف، بدءًا من تيرميدور وحتى القناصل، أنه الحلّ.

في خلال تلك الفترة كانت البنية الضرورية مفقودة، بنية كانت ستتمكن من إضفاء الوحدة والانسجام على شكل تجربة كانت تحددت بالملاحظة الفردية، وفحصِ الحالات، والتمرسِ اليومي على الأمراض، وشكلٍ للتعليم يُقدَّم في المستشفى لا في الكلية، خلال المسيرة الكاملة في عالم المرض المحسوس. ولم يكن معروفًا كيف يتم التعبير بالكلام عمّا كان يُعرف أنه لا يُعطى إلا بالمعاينة. **والمرئي** لم يكن **قابلًا للقول** [للوصف] (Dicible) ولا **قابلًا (للاندراج في) الخطاب**[42] (Discible).

علّة ذلك، أنه إذا كانت النظريات الطبية قد تعرضت لتغيير كبير منذ نصف قرن، وإذا كانت تمت مشاهدات جديدة بأعداد كبيرة، فإن نمط الموضوع الذي يتوجه إليه الطب بقي واحدًا، كما أن موقف الذات العارفة والمدرِكة بقي على حاله، وكانت المفاهيم تتشكل تبعًا للقواعد نفسها. بالأحرى كان مجمل المعرفة الطبية يخضع لنمطين من الانتظام: **الأول** هو الإدراك الحسي الفردي والملموس، المرسوم بحسب اللوحة المنزولية للأنواع المرَضية، و**الثاني** هو التسجيل المستمر والشامل والكمي لطب المناخات والأماكن.

كانت إعادة تنظيم الطب تربويًا وتقنيًا بكاملها تتعثر بسبب ثغرة مركزية، ألا وهي غياب أنموذج جديد، متماسك وواحدي (اتحادي) من أجل تشكيل ما يتعلق بالطب من مواد ومدارك ومفاهيم. وكانت الوحدة السياسية والعلمية للمؤسسة الطبية تحتاج إلى هذه الطفرة في العمق كي تتحقق. غير أنّ هذه الوحدة، لدى الإصلاحيين في الثورة، لم تتم إلا تحت شكل ثيمات نظرية كانت تجمع بعد فوات الأوان عناصر معرفةٍ سبق أن تكونت.

---

(42) أنموذج لطريقة فوكو في استخدام الجناس، حيث ابتكر مقابل (Dicible)، كلمة (Discible) التي يمكن أن تعود إلى (Discours) أو إلى (Discipline). (المترجم)

كانت هذه الثيمات المتقلبة تتطلب نوعًا من الوحدة ما بين المعارف والممارسة الطبية، فكانت تشير إلى وجود رابط مثالي بينهما، لكنها كانت أيضًا، في الآن نفسه، العائق الرئيس أمام تحققها. إن فكرة وجود ميدان شفاف، من غير حجب، ومفتوح بالكامل أمام معاينة مسلحة، على الرغم من ذلك، بما لها من امتيازات وكفاءات، كانت كفيلة بتبديد صعوباتِها الخالصة في السلطات الممنوحة الحرية. ففي الحرية، يجب على المرض أن يصوغ من نفسه حقيقة عصية على التشوّه ومتاحة لمعاينة الطبيب من غير اضطراب. أما المجتمع الذي يتولى الطبُّ أمرَه ويثقفه ويشرف عليه، فينبغي له، بناء على ذلك، أن يتحرر من المرض. والواقع أنّ الأسطورة الكبيرة عن **المعاينة الحرة تتلقى**، بإخلاصها **للاكتشاف**، مزيةَ **التدمير**، والمعاينةُ النقية التي تنقّي، والمتحررة من العتمة، تبدد الظلمات. كذلك، فإن القيم الكونية المضمرة في التنوير (Aufklärung) لها دورها هنا أيضًا. إن المعاينة الطبية التي بدأنا نتعرف إلى قدراتها، لم تحصل، ضمن المعرفة السريرية، على ظروفها الجديدة في الممارسة، وهي ليست سوى شُدفة من جدل الأنوار وقد انتقلت إلى عين الطبيب.

بسبب تأثيرٍ متعلق بمصير الطب الحديث، ستظل السريريات، في معظم الأذهان، أقرب إلى ثيمات الأنوار والحرية، التي تجنبتها في واقع الأمر، من قربها إلى البنية الاستدلالية [الخطابية] (discursive) حيث ولدت بالفعل. وغالبًا ما يُعتقد أن السريريات ولدت في هذه الحديقة الحرة، حيث التقى، برضًى متبادل، الطبيب والمريض، وحيث تتم المشاهدة - الملاحظة بصفاء المعاينة وحدها، وسط صمت النظريات، وحيث تنتقل الخبرة، من المعلم إلى الطالب، من طريق الكلمات تمامًا، ولمصلحة هذا التاريخ الذي يربط خصوبة السريريات بالليبرالية العلمية والسياسية والاقتصادية التي ننسى أنها كانت، ولسنوات عدة خلت، الثيمة الأيديولوجية التي تشكل عقبة حيال تنظيم الطب السريري.

الفصل الرابع

تاريخ السريريات الطويل

إنّ المبدأ القائل إن المعرفة تتشكل حول سرير المريض، لا يعود إلى نهاية القرن الثامن عشر؛ ذلك أن ثورات كثيرة في الطب، إن لم تكن كلها، حدثت باسم هذه التجربة المطروحة بصفتها مصدرًا أوليًا ومعيارًا ثابتًا. أما الذي كان يتبدل باستمرار فهو الشبكة التي كانت، بحسبها، تتم التجربةُ وتتمفصل في عناصر قابلة للتحليل، وتجد صوغها الخطابي. صحيح أن أسماءَ الأمراض وتجمعَ الأعراض، لم تكن هي ذاتها، بل تبدلت أيضًا قواعدُ الفهم الرئيسة التي كانت تطبق على أبدان المرضى، وحقولُ الموضوعات التي كانت تسترشد بها الملاحظة، والسطوحُ والأعماق التي كانت تسبرها معاينةُ الطبيب، ونظامُ تَوَجُّهِ هذه المعاينة بالكامل.

بدأ الطب منذ القرن الثامن عشر يميل صوب سرد تاريخه الخاص كما لو أن سرير المرضى كان على الدوام مكانًا ثابتًا ومستقرًا للتجربة، خلافًا للنظريات والمنظومات التي بدت عرضةً لتبدلٍ مستمر وتخفي تحت تأملها صفاء الوضوح السريري. كان الشأن النظري، بحسب هذه السردية، عنصرَ التغيير المستمر، ونقطةَ انتشار جميع التنويعات التاريخية على المعرفة الطبية، ومكانَ الصراعات والاضمحلال، ففي هذا العنصر النظري تكون المعرفة الطبية قد أشارت إلى نسبيتها الهشة. في المقابل، كان في إمكان السريريات أن تكون عنصر تراكمها الإيجابي، وكان في إمكان المعاينة الثابتة للمريض، هذا الانتباه القديم والمتجدد كل لحظة، أن تسمح للطب بألّا يختفي بالكامل مع كل تأمل جديد، بل أن يصونَ نفسه ويتخذَ شيئًا فشيئًا صورة لحقيقة نهائية من دون أن تكون مكتملة؛ باختصار، أن يتطورَ بتأثير الفترات الصاخبة من تاريخه، ضمن تاريخانية (historicité) (كَونُ الشَّيْءِ تاريخيًّا) متصلة. على هذا، سوف يكون على الطب أن يربط ما بين الحقيقة والزمن، من خلال الثبات الماثل في سريرياته.

من هذا القبيل، كانت جميع هذه السرديات التي شابها طابع أسطوري بعض الشيء، سجلًا جمعنا فيه تاريخَ الطب في نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر. ففي السريريات على حدّ ما قيل، وجد الطب إمكان منشئه. كان الطب بالكامل، في فجر الإنسانية وقبل أي معتقد عقيم وكل منظومة، كامنًا في صلة مباشرة بين المعاناة وما يخفف منها. وكانت هذه الصلة تقوم على غريزة وعلى استجابة أكثر مما كانت تقوم على التجربة؛ إذ بناها الفردُ من نفسه ولنفسه قبل أن تنخرط في شبكة اجتماعية: «إن طريقة استجابة المريض تُعلّمه أن هذه الوضعية أو تلك تخفف عنه أو تزيد من ألمه»[1]. فما لاحظه الإنسان المُعافى هو هذه الصلة التي قامت من دون توسط المعرفة، وهذه الملاحظة بالذات ليست خيارًا لمعرفة قادمة، بل ليست تحسُّبًا، إنما كانت تتم على الفور ومن دون تبصر: «هنا، يقول لنا صوت غامض: تمعَّنوا مليًا في الطبيعة»[2]، فهي المتكاثرة بذاتها، والمنتقلة من أفراد إلى آخرين، تصبح شكلًا عامًا لوعي يكون كلُّ فرد فيه سببَه وغايته في آن: «الناس جميعهم يمارسون بلا تمييز هذا الطب... فالخبرات التي يحصل عليها كل واحد كانت تصل إلى الأشخاص الآخرين... وكانت هذه المعارف متوارثة أبًا عن جدّ»[3]. فالسريريات قبل أن تصبح معرفة، كانت صلةً عمومية بين الإنسانية ونفسها: إنه عصرٌ من السعادة المطلقة بالنسبة إلى الطب. لكن التقهقر حصل بمجرّد دخول الكتابة والسرّية، بمعنى استئثار فئة مختارة بهذه المعرفة، وحالَ تفكيك الصلة المباشرة، الخالية من أي عائق وأي حدود، بين المعاينة (Regard) والوحي - الكلمة (Parole): فما كانوا أدركوه، ما عاد يبلغ الآخرين، إنما أُعيد حصرًا إلى الممارسة، بعد أن تولّت رعايته النزعة إلى المعرفة السرّية (الباطنية)[4] (ésotérisme).

---

(1) M. Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée nationale, où l'on se propose d'établir l'unité et l'utilité de l'art de guérir* (Paris: [s. n.], 1790), p. 8.

(2) Ibid.

(3) John Coakley Lettson, *Histoire de l'origine de la médecine*, tr. fr (Paris: [s. n.], 1787), p. 7.

(4) Ibid., pp. 9-10.

آثرنا اعتماد كلمة «السرية» في توصيف تلك الممارسة الطبية بدلًا من «السحرية» أو «الباطنية»، نظرًا إلى استمرار صداها في تعبير «سرّ المهنة» الذي لا يزال مستخدمًا في كثير من الصنعات. (المترجم)

من المؤكد أن الخبرة الطبية بقيت مشرعة الأبواب لفترة طويلة، وعرفت كيف تقيم توازنًا بين النظر والمعرفة (بين أن ترى وأن تعرف) (Voir et Savoir)، يَقيها من الخطأ. «ففي الأزمنة الغابرة، كان تعليم فن [صنعة] الطب يتم بوجود موضوعه وكان الشباب يتعلمون علمَ الطب على سرير المريض»، ويقيمون معظم الأحيان في بيت الطبيب بالذات، وكان الطلاب يرافقون معلميهم صباحًا ومساءً في زيارة المرضى[5]. سيكون أبقراط آخرَ شاهد على هذا التوازن، وفي الوقت ذاته ممثلَه الأكثر غموضًا؛ إذ لم يَقُم الطب الإغريقي في القرن الخامس بشيء آخر سوى أنه وضع قواعد لهذه السريريات الكونية والفورية، وصاغ منها أول وعي شامل، وبهذا المعنى، كان «بسيطًا ونقيًا»[6] بمقدار تلك الخبرة الأولى. لكن نظرًا إلى أنه كان يخضعها لنظام كي «يسهّل» دراستها و«يلخّصها»، فقد أُدخل بُعدٌ جديد ضمن الخبرة الطبية؛ وهو معرفةٌ، يمكن القول بالحرف الواحد إنها عمياء، لأنها كانت خالية من المعاينة. هذه المعارف التي لا تَرى كانت وراء جميع الأوهام، وأصبح بالإمكان وجود طب مسكون بالميتافيزيقا: «بعد أن اختزل أبقراط الطب في منظومة، تم التخلي عن المشاهدة [الملاحظة]، وتم اعتماد الفلسفة فيه»[7].

تلكم هي الحُجُب التي أدَّت إلى تاريخ المنظومات الطويل وما رافقه من «تكاثر الطوائف المتعارضة والمتناقضة المختلفة»[8]. تاريخ يلغي نفسه لهذا السبب بالذات، ولا يُبقي من الزّمن سوى أثر تقويضه. غير أنّ تاريخًا آخر راح ينبلج، من تحت ركام التاريخ قيدَ الهدم، هو تاريخٌ أكثر وفاء للزمن لأنه أقربُ إلى حقيقته الأصلية. وتجتمع في هذا التاريخ حياةُ السريريات الصمّاء على نحو خفيّ. فهي تلبث تحت سطح «النظريات التأملية»[9]، مُبقيةً الممارسةَ الطبية على احتكاك

---

(5) Pietro Moscati, *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique, discours inaugural, prononcé le 10 ventôse an VII de la République*, Charles Sultzer (trad.) (Strasbourg: [s. n.], an VII), p. 13.

(6) Paul Augustin Olivier Mahon, *Histoire de la médecine clinique, depuis son origine jusqu'à nos jours: Et Recherches importantes, sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveaux-nés et dans les nourrices* (Paris: Bouisson, an XII [1804]), p. 323.

(7) Moscati, pp. 4-5.

(8) Ibid., p. 26.

(9) Jean-Eugène Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1828), article «Clinique», pp. 830-837.

بالعالم المحسوس وتفتحها على مشهد الحقيقة المباشر: «في كل عصر وُجِد أطباء اكتفوا بدراسة الأعراض، بعد أن استنبطوا من مظهر المريض جميع المعطيات الضرورية عن قابليته (جبلته أو مزاجه الفرديّ الخاص) (idiosyncrasie)[10]...، يعينهم في ذلك التحليل الطبيعي الذي يتحلّى به الذهن البشري». هكذا، فإن السريريات الساكنة لكن القريبة دومًا من الأشياء، تمنح الطب حركتَه التاريخية الحقيقية، فهي تمحو المنظومات في حين أن التجربة التي تنكر هذه المنظومات تراكم حقيقتها [باعتبارها تجربة]. بهذا الشكل، تُنسج تتابعية خصبة تؤمّن لعلم الأمراض «اتساقًا غير متقطع في مختلف القرون»[11]. وعلى الضد من المنظومات، التي تنتمي إلى زمن السلب [المُنكر] (temps négateur)، فإن السريريات هي زمن المعرفة الإيجابي [المؤكِّد]. وإذ لم يوجب علينا أن نخترعها، فإنه حسن لنا أن نعيد اكتشافها: فقد كانت ماثلة سلفًا مع أشكال الطب الأولى، وكوَّنت اكتماله. يكفي إذًا أن ننكر ما ينكرها، وأن ندمّر ما هو عدمٌ بالنسبة إليها، وهو «النفوذ» الذي تحوزه المنظومات، وأن ندعها أخيرًا «تستمتع بكامل الحقوق»[12]. وعلى هذا النحو سوف يصير الطب على قدم المساواة مع حقيقته.

ينبغي أن تُفهم هذه القصة المثالية التي نجدها بشكل متواتر في نهاية القرن الثامن عشر، بالعودة إلى المؤسسات والمناهج السريرية المنشأة حديثًا: فهي تهب هذه المؤسسات والمناهج كيانًا كونيًا وتاريخيًا في الوقت نفسه، وتمنحها قيمة بصفتها استعادة لحقيقة يومية ضمن تنامٍ تاريخي مستمر حيث كانت الحوادث وحدها من مرتبة النفي [سلبية]: نسيانٌ، وهم وسرّية. وفي الحقيقة، إن طريقة مشابهة لإعادة كتابة التاريخ كانت ستتلافى بذاتها تاريخًا أكثر تعقيدًا بكثير. فقد كانت تواريه باختزالها المنهج السريري إلى مجرد دراسة حالات، بما يتفق مع المعنى القديم للكلمة. من هنا، كانت تسمح بجميع التبسيطات اللاحقة التي كانت، وما زالت، تجعل من السريريات مجرد فحص بسيط للفرد.

---

(10) Jean-Baptiste Étienne Benoît Olive Regnault, *Considérations sur l'état de la médecine en France: Depuis la Révolution jusqu'à nos jours* (Paris: [s. n.], 1819), p. 10.

(11) Mahon, p. 324.

(12) Ibid., p. 323.

كي نفهم معنى التجربة السريرية وبنيتها، يجب في البداية تتبع تاريخ المؤسسات التي ظهر ضمنها جهد التنظيم. ويعدّ هذا التاريخ، حتى السنوات الأخيرة من القرن الثامن عشر، محدودًا جدًا إن أخذنا تسلسله الزمني في الاعتبار.

في عام 1658، افتتح فرنسوا دولابو (François de la Boë) مدرسة سريرية في مستشفى ليدن (Leyden)، وطبع المشاهدات التي تمت فيها بعنوان *Collegium Nosocomium*[13]. كان هرمان بورهاف (Boerhaave) الأكثر شهرة بين خلَفه، وكان يمكن رصد كرسي للسريريات في بادوا، منذ نهاية القرن السادس عشر. وفي جميع الأحوال، انطلقت في ليدن مع بورهاف وتلامذته، حركة إنشاء كراسٍ أو معاهد سريرية في جميع أنحاء أوروبا خلال القرن الثامن عشر. وكان أتباع بورهاف هم الذين أصلحوا في عام 1720 جامعة أدنبره، وأنشأوا قسمًا سريريًا [للتعليم] على مثال ليدن، وحذت حذوه لندن وأكسفورد وكامبردج ودبلن[14]. وفي عام 1733، طُلب من فان سويتن (Van Swieten) أن يضع خطة من أجل إنشاء قسم للتعليم السريري في مستشفى فيينا، عُهد به إلى هاين (Haen)، تلميذ بورهاف، وأتى بعده ستول (Stoll) ثم هيلدنبراند[15] (Hildenbrand)، واحتُذي الأنموذج في غوتنغن (Gottingen) حيث كان يُعلِّم على التتالي برندل (Brendel) وفوغل (Vogel) وبالدنغر (Baldinger) وفرانك[16] (J.-P. Franck). وفي بادوا، خصّصت بضعة أسرّة في المستشفى للقسم السريري، تحت رعاية البروفسور كنِبس (Knips)، وحدد تيسو (Tissot)، المسؤول عن تنظيم القسم السريري في بافيا (Pavie)، خطتَه في درسه الافتتاحي في 26 تشرين الثاني/ نوفمبر 1781[17]. ونحو عام 1770، أراد لاكاساين (Lacassaigne) وبورو (Bourru) وغيلبير (Guilbert) وكولومبييه (Colombier) أن ينظموا مبنى خاصًّا للرعاية الصحية على نفقتهم، مزودًا باثني

---

(13) Leyden, 1667.

(14) Jean Aikin, *Observations sur les hôpitaux, Relatives à leur construction, aux vices de l'air d'hôpital, aux moyens d'y remédier*, tr. fr (Paris: [s. n.], 1777), pp. 94-95.

(15) A. Störck, *Instituta Facultatis medicae Vivobonensis* (Vienne: [s. n.], 1775).

(16) Dezeimeris, pp. 830-837.

(17) Samuel Auguste André David Tissot, *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine* (Lausanne: [s. n.], 1785), p. 118.

عشر سريرًا، مخصصًا للأمراض الحادة، يقوم الأطباء المعالِجون بتقديم دروس تطبيقية فيه[18]، غير أن المشروع أخفق. أما الكلية، وهيئة الأطباء بشكل عام، فاهتمتا كثيرًا بإبقاء الأمور على حالها القديمة، حيث كان التدريس العملي يتم في المدينة، بشكل فردي وباهظ الكلفة، يقوم به المستشارون المرموقون. لكن في المستشفيات العسكرية، حدث التنظيم الأول للتعليم السريري؛ ففي قانون تنظيم المستشفيات الذي صدر في عام 1775، جاء في المادة الثالثة عشرة XIII: يجب أن تتضمن كل سنة دراسية «مقرّرًا عمليًا وسريريًا لمبادئ الأمراض التي تنتشر بين قطعات الجيش والحامية العسكرية»[19]. ويذكر كابانيس، كمثل، قسمًا سريريًا في مستشفى البحرية في بريست (Brest) الذي أسسه دوبرايل (Dubreil) في رعاية المارشال كاستريز[20] (Castries). ولنذكر أخيرًا إنشاء قسم سريري للتوليد في كوبنهاغن (Copenhague) في عام 1787[21].

هكذا كان، كما يبدو، تتابُع الوقائع. وكي نفهم معنى هذا التتابع ونحصر المشكلات التي طرحها، ينبغي لنا أولًا أن نعود إلى عدد محدد من البيّنات التي لا بد من أن تقلل من أهميته. إن فحص الحالات والتقارير المفصلة عنها، وعلاقتها بتفسير محتمل، لهو تقليد قديم في التجربة الطبية، وبالتالي فإن تنظيم السريريات ليس مرتبطًا باكتشاف الحيثية الفردية في الطب، وخير برهان على ذلك هو المجموعات التي لا تحصى للحالات المسجلة منذ عصر النهضة. من جانب آخر، إن الأهمية المعقودة على التعليم من طريق الممارسة بالذات كانت أمرًا شائعًا إلى حدّ كبير. فقد كانت الزيارات في المستشفيات التي يقوم بها الأطباء المتدربون، أمرًا مألوفًا، حتى أن بعضًا منهم كان يكمل تدريبه في المستشفى

---

(18) Georges Colombier, *Code de Justice militaire pour l'armée de terre*, t. 2, pp. 146-147.

(19) «Règlement pour les hôpitaux militaires de Strasbourg, Metz et Lille, fait sur l'ordre du roi par P. Haudesierck,» 1775,

ذُكر في: Jean Astruc, *Mémoires pour servir à l'histoire de la Faculté de médecine de Montpellier*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1767), pp. 73-80.

(20) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Observations sur les hôpitaux* (Paris: [s. n.], 1790), p. 31.

(21) Jean-Baptiste Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague, pour assurer des secours à la maternité et à l'enfance* (Paris: [s. n.], an VII [s. d.]).

حيث يقيم ويتدرب تحت إشراف طبيب[22]. ففي مثل هذه الأحوال، ما الجديد وما الأهمية التي يمكن أن تكون لهذه المنشآت السريرية، والتي أسبغ عليها القرن الثامن عشر، مكانة كبرى، ولا سيما في نهايته؟ بماذا يمكن أن تتميز السريريات المبكرة هذه من الممارسة العفوية التي صارت مرادفة للطب، وبمَ تمتاز، في الآن نفسه، عن السريريات التي ستنظمها لاحقًا في جسم معقد ومتماسك، يلتقي فيه شكلٌ للخبرة ومنهجٌ تحليلي وأسلوبٌ تعليمي؟ هل يمكن أن نصفها بأنها بنية نوعية ستكون مميِزة، من دون شك، للتجربة الطبية في القرن الثامن عشر التي كانت معاصرة لها؟

1- السريريات المبكرة هذه، تزيد عن كونها دراسة للحالات متتالية وتجميعية؛ إذ كان عليها أن توحّد جسم المنزوليات المنظَّم وتجعله محسوسًا. بذلك، لن تكون السريريات مفتوحة لأيٍّ كان مثلما هي حال ممارسة الطبيب اليومية، ولا مختصّة على نحو ما سوف تكون عليه في القرن التاسع عشر. فهي ليست الميدان المغلق على ما تم اختياره للدراسة، ولا الحقل الإحصائي المفتوح والمكرّس لما يتلقاه، إنما هي تنغلق على المجمل التعليمي لتجربة مثالية. ذلك أنّ مهمّتها ليست أن تقدّم الحالات، وما فيها من نقاط مثيرة، وشذّات فردية، إنما أن تُظهر نطاق الأمراض في شوط كامل. لقد كان القسم السريري في أدنبره لفترة طويلة أنموذجًا يُحتذى، لأنه مكوَّن حيث تتجمع فيه «الحالات التي تبدو أكثر ملاءمة للتعليم»[23]. **فالسريريات**، قبل أن تكون لقاء بين المريض والطبيب، وبين حقيقةٍ يجب كشفها وجهل، وكي تتمكن من أن تصبح كذلك، **ينبغي لها أن تشكل، من طريق المؤسسات، حقلًا منزوليًا مبنيًا بالكامل.**

2- إن نمط ارتباطها بالمستشفى نمط خاص. فهي ليست التعبير المباشر عنه، لأن مبدأ الاختيار يفيد كحد انتقائي بينهما. وهذا الانتقاء ليس كميًا فحسب، على الرغم من أن الرقم الأمثل لأسرّة القسم السريري بحسب تيسو، يجب ألّا يتعدى

(22) هكذا كانت الحال في فرنسا، كما في المستشفى العام مثلًا، فعلى مدى القرن الثامن عشر كان المتدرّب في الجراحة يقيم في سالبتريير، ويتابع الجرّاح في زياراته ويقدّم له بعض المساعدات البسيطة.

(23) Aikin, pp. 94-95.

الثلاثين[24]، وليس نوعيًا فحسب، مع أنه يقدّم الحالات ذات القيمة التعليمية العالية على ما عداها. لأنه حين يتم الاختيار، فإن من طبيعته أن يبدل نمطَ تمظهر المرض، والصلةَ بين المرض والمريض؛ ففي المستشفى تكون العلاقة مع أفراد يعانون هذا المرض أو ذاك، ومن دون أي تمييز في ما بينهم، ويكمن دور طبيب المستشفى في الكشف عن المرض لدى المريض، وهذا الاستبطان للمرض يجعله غالبًا متواريًا داخل المريض، ومختبئًا فيه شأنَ كتابة رمزية. أما في السريريات، فعلى العكس من ذلك، يكون الاهتمام بالأمراض، أيًا يكن المُصاب. فما هو حاضر المرض بالذات، في الجسم المخصص له الذي ليس جسم المريض، بل جسم حقيقته. إن «الأمراض المختلفة هي التي تقوم مقام النص»[25]: المريض هو الذي من خلاله فحسب يقدِّم النصُّ للقراءة، نص قد يكون أحيانًا معقدًا أو مشوشًا. ففي المستشفى، يكون المريض ذاتًا (sujet) لمرضه، بمعنى أننا نكون هنا أمام **حالة**، وفي السريريات، حيث لا مجال إلا **للأنموذج**، يكون المريض عارضًا مرضَه، أي الموضوعَ (object) الموقت الذي تملّكه المرض.

3- السريريات ليست أداة من أجل الكشف عن حقيقة ما زالت مجهولة، إنما هي طريقة محددة لتحضير الحقيقة الحاصلة سابقًا وتقديمها كي تنكشف بشكل ممنهج. فالسريريات هي نوع من المسرح المنزولي لا يمتلك التلميذ، في البداية، مفتاحَه. وبهذا المعنى، يوصي تيسو (طبيب السريريات المتمرّن) بأن يجدّ في البحث عنه (المفتاح) طويلًا، فينصح بأن يُعهد بكل مريض في السريريات إلى طالبين اثنين، هما مخوّلان وحدَهما بأن يفحصاه «باحتشام ولطف، وبتلك الطيبة التي تقدم عزاءً لهؤلاء الفقراء التعساء»[26]. فيشرع الطالبان بسؤاله عن موطنه، وعن المؤسسات القائمة هنالك، وعن مهنته وسوابقه المرضية، كما يسألانه عن الكيفية التي بدأ بها المرض الحالي، والمعالجات التي تناولها، ويقومان باستقصاء وظائفه الحيوية (التنفس، النبض، الحرارة)، ووظائفه الطبيعية (العطش، الشهية والمفرزات)، ووظائفه الحيوانية (الحواس، القدرات، النوم والألم)، وينبغي أيضًا

(24) Tissot, «Mémoire pour la construction d'un hôpital Clinique,» dans: *Essai sur les moyens*.

(25) Cabanis, *Observations*, p. 30.

(26) Tissot, «Mémoire pour la construction,» p. 120.

أن «يجسّا أسفل البطن للتعرف إلى حالة أحشائه»[27]. لكن ما الذي يبحثان عنه بهذه الطريقة، وأي مبدأ تأويلي يجب أن يوجه فحصَهما له؟ وما هي الصلات القائمة بين الظواهر الملاحَظة والسوابق المعلومة، والاضطرابات وأشكال العجز اللافتة؟ ما من شيء آخر سوى التلفظ بكلمة واحدة، هي اسم المرض. وحين توضع التسمية، يمكن أن تُستنبَط منها بسهولة الأسباب ويستنبط التشخيص والمعالجة «من خلال التساؤل: ما هو الخطأ في هذا المريض؟ وبالتالي ما الذي يجب إصلاحه فيه؟»[28]. وبالقياس على طرائق الفحص اللاحقة، فإن المنهج الذي يطالب به تيسو لا يقل عنها دقة إلا ببعض التفصيلات؛ إذ يكمن الاختلاف في هذا الاستقصاء عن «الفحص السريري» في حقيقة أنه لا يتم فيه اختراع جسم بشري مريض، وإنما يتيح (الاستقصاء) لنا أن نكشف العناصر التي ستسمح بوضع اليد على المفتاح المثالي - مفتاح يمتلك أربع وظائف من حيث إنه طريقة للتسمية، ومبدأ التماسك، وقانون التطور، وجسم من التوصيات والمبادئ. بعبارة أخرى، إن المعاينة التي تسبر بدنًا مريضًا لا تبلغ الحقيقةَ التي تبحث عنها إلا بفضل عبورها اللحظةَ الدوغمائية لـ **الاسم** الذي تتجمع فيه حقيقة مضاعفة: حقيقةُ المرض، المختبئة لكن الحاضرة سلفًا، وحقيقةُ المحصلة والوسائل المستنتجة بوضوح. ليست إذًا المعاينة بالذات هي التي تمتلك القدرة على التحليل والتركيب، إنما هي الحقيقة المرتبطة بمعرفة استدلالية [خطابية]، أضيفت توًا من الخارج مكافأةً على المعاينة المتنبهة التي يقوم بها الطالب. ففي هذا المنهج السريري حيث لا تخفي كثافة المحسوس سوى الحقيقة الملحة والموجزة التي تطلق التسمية، ليس المقصود **فحصًا**، وإنما **فك للرموز**.

4- في هذه الأحوال، نفهم ألّا يكون للسريريات سوى اتجاه واحد فقط، هو الذي يمضي من الأعلى إلى الأسفل، ومن المعرفة المتأسِّسة إلى الجهل. ففي القرن الثامن عشر، لم يكن هناك من سريريات سوى السريريات التعليمية، وتحت شكل مقيَّد لأنه كان متعذرًا على الطبيب أن يقرأ كل لحظة، من طريق هذا

---

(27) Ibid., pp. 121-123.

(28) Ibid., p. 124.

المنهج، الحقيقةَ التي وضعتها الطبيعة في المرض. بهذا، كانت السريريات تعني التعليم فحسب، بالمعنى الضيق، الذي وهب المعلم طلابه إيّاه. لم تكن بذاتها خبرة يستخدمها الآخرون، بل نسخة مكثفة عن خبرة سابقة. «يدل الأستاذ طلابَّه على النظام الذي يجب أن تُشاهَد فيه الأشياء، كي تُرى وتُنقش في الذاكرة بشكل أفضل، فهو يختصر لهم عملهم، ويجعلهم يستفيدون من خبرته»[29]. لا تُكتَشفُ السريريات، بأي شكل من الأشكال، من طريق المعاينة، وإنما تضاعف المعاينة فنّ **التبيين** (démontrer) من خلال **الإبانة** (montrant) **فحسب**. وعلى هذا النحو فهِم دِزو (Desault) دروس السريريات الجراحية التي كان يلقيها منذ عام 1781 في أوتيل ديو «أمام أعين الحضور، كان يأتي بالمرضى ذوي الإصابات الأشد خطورة، ويصنّف أمراضهم من خلال تحليل صفاتها، ويضع خطة التصرف الواجب اعتمادها، ويجري العمليات الضرورية، ويقدم تقريرًا عن الإجراءات التي قام بها وعن دوافعها، ويتحقق كل يوم من التبدلات الحاصلة، وبعد ذلك يقدم حالة الأعضاء بعد الشفاء... أو يبيِّن على الجثمان حالَ فقده الروح، التبدلاتِ التي جعلت الفن العلاجي غير مجدٍ»[30].

5- مع ذلك، يظهرُ مثال دِزو أن هذا الكلام بما فيه من طابع تعليمي في جوهره، كان يقبل على الرغم من كل شيء حكمَ الحدث الطارئ وخطرَه. ففي القرن الثامن عشر، لم تكن السريريات بنية للتجربة الطبية، بل كانت، أقلّه، تجربة بمعنى أنها اختبار، اختبار لمعرفة يجب على الزمن إثباتها، أو اختبارٌ للوصفات العلاجية ستثبت النتيجة خطأها أو صحتها، وهذا أمام لجنة حكم عفوية مؤلفة من الطلاب. كان الأمر أشبه بمبارزة، أمام شهود، مع المرض الذي لديه كلمته ليقولها، والذي، على الرغم من الكلام الدوغمائي الذي منحه تسمية، يمتلك لغته الخاصة. مع أن الدرس الذي قدمه المعلم يمكن أن يرتد عليه، وأن يتكلم متجاوزًا لغته الخائبة، بتعليم يعود إلى الطبيعة ذاتها. ها هو كابانيس يقدم، على

---

(29) Cabanis, *Observations*, p. 30.

(30) Marc-Antoine Petit, «Éloge de Desault,» dans: *Essais sur la médecine du cœur: Auquel on a joint les principaux discours prononcés à l'ouverture des cours d'anatomie, d'opérations et de chirurgie clinique, de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, p. 108.

طريقته، درسًا عن الدرس السيئ؛ إذا أخطأ الأستاذ «فإن الطبيعة سرعان ما تكشف أخطاءه... [الطبيعة] التي من المستحيل خنقُ لغتها أو تغييرُها. بل غالبًا ما تصير هذه الأخطاء أكثر فائدة من نجاحاته، وتُحيل الصورَ التي ربما من دون ذلك ما كانت لتقدم سوى انطباعات عابرة عنها، إلى صور عديمة الجدوى»[31]. إذًا، عندما يخفق اختيار ما قرره المعلم، وعندما يثبت الزمن بطلانه، يتم الاعتراف بحركة الطبيعة من أجل ذاتها، فتتوقف لغة المعرفة عن الكلام، وتبدأ المعاينة. إن أمانة هذا الاختبار السريري كانت بالغة الأهمية لأنه كان مقرونًا بِبرهانه الخاص بفضل نوعٍ من العقد اليومي المتجدد. ففي القسم السريري في أدنبره، كان الطلاب يمسكون دفاتر يدوّنون عليها التشخيصَ الموضوع، وحالةَ المريض في كل زيارة، والأدويةَ التي تناولها خلال اليوم[32]. أما تيسو الذي طلب أيضًا تحضير إضبارة يومية، فقد أضاف في تقريره إلى الكونت فيرميان (Firmian) الذي وصف فيه السريريات المثالية، وجوبَ طبعها في كل عام[33]. أخيرًا، في حالة الموت، كان على تشريح الجثث أن يتيح إعلان الكلمة الفصل[34]. هكذا، فإن الكلام العالِم والتركيبي [النحوي] الذي يسمّي، ينفتح على حقل من الحوادث المحتمَلة والمشاهَدة من أجل صوغ وقائع ما تم التحقق منه.

كما نرى، إن المؤسسة السريرية بالشكل الذي بنيت عليه أو صممت له، كانت لا تزال مشتقّةً من أشكال المعرفة التي سبق أن أُسِّست، بشكل أكبر من أن يسمح لها أن تكتسب ديناميتها الخاصة، وأن تؤدي بقوتها البحث إلى تحوّل عام في المعرفة الطبية. فهي (المؤسسة) لا يسعها اكتشاف الموضوعات الجديدة من تلقاء نفسها، ولا صوغ تصورات جديدة، ولا استخدام المعاينة الطبية استخدامًا مختلفًا، وإنما تدفع شكلًا محددًا للخطاب الطبي وتنظّمه، ولا تخلق مجموعة جديدة من الخطابات والممارسات.

---

(31) Cabanis, *Observations*, p. 30.

(32) Aikin, p. 95.

(33) Tissot, «Mémoire pour la construction».

(34) Ibid; Petit, «Éloge».

كانت السريريات في القرن الثامن عشر إذًا، صورة أكثر تعقيدًا من كونها معرفةَ الحالات معرفةً نقية وبسيطة. ومع ذلك، لم تؤدِّ دورًا نوعيًا في حركة المعرفة العلمية بالذات؛ إذ شكلت بنية هامشية تتمفصل مع حقل الاستشفاء من دون أن يكون لها شكل المستشفى ذاته، وكانت تهدف إلى تعليم ممارسةٍ تلخصها أكثر مما تحللها، وتجمع الخبرة كلها حول ألعابِ كشفٍ لفظي ليست منها سوى مجرد شكل انتقالها المتأخر في ظهوره على المسرح.

لكن سوف يعاد خلال الأعوام الأخيرة من القرن بناءُ السريريات بشكل جذري. فبعد فصلها عن السياق النظري الذي ولدت فيه، مضت تستقبل حقلًا من التطبيق ما عاد محدودًا في حقل **تقال** فيه **معرفة**، إنما صار ممتدًا إلى حقل ولدت فيه المعرفة، واختُبرت، وأنجزت. ولسوف تتّحد السريريات مع **كامل** التجربة الطبية. ومن أجل هذه الغاية، كان ينبغي لهذه السريريات، مرة أخرى، أن تتسلح بقدرات جديدة، مفصولة عن اللغة التي نُطِقت بدءًا منها بصفتها درسًا، وتحررت في سبيل حركة الاكتشاف.

الفصل الخامس

درس المستشفيات

في مادة «Abus» في **قاموس الطب** (*Dictionnaire de Médecine*)، يضفي فيك دازير على تنظيم التعليم في بيئة المستشفى قيمةً هي بمثابة الحلّ العام لمشكلات التدريب الطبي، وهنا يكمن الإصلاح الكبير بالنسبة إليه الذي يجب إتمامه؛ إذ يقول: «تُقدم الأمراضُ والموت دروسًا مهمة في المستشفيات. فهلّا أفدنا منها؟ وهلّا سردنا قصة الأدواء التي تصيب هناك عددًا كبيرًا من الضحايا؟ وهلّا أقمنا فيها كرسيًا للطب السريري؟»[1]. والحال فإن هذا الإصلاح التعليمي سوف يتخذ خلال فترة قصيرة دلالة أكبر بكثير، وسوف يُقرّ بفضله على إعادة تنظيم المعرفة الطبية بالكامل، وعلى إقامة أشكال للتجربة، ضمن معرفة المرض بالذات، مجهولةٍ أو منسية، إنما أشدّ أصولية وحسمًا: فالسرير وحده سوف يسعه «تجديد معابد أبولو وإسكولاب[2] عند الحديثين»[3]. أما طريقة التدريس [بالتلقين] enseigner و**القول** فقد صارت طريقة بالتعلُّم [بالاكتساب] (apprendre) و**النظر** (المشاهدة (Voir)).

في نهاية القرن الثامن عشر، أصبح نظام التربية والتعليم، بصفته منظومة لمعايير التأهيل، متمفصلًا بشكل مباشر مع نظرية تمثُّل الأفكار وترابطها. لقد كانت طفولة الأشياء والناس وشبابُهما مشحونَين بسلطة غامضة، ألا وهي أن تنطق بولادة الحقيقة، كذلك أن تضع حقيقةَ البشر المتأخرة على المحك، وتقوّمَها وتقرِّبها من عريها. وعليه، صار الطفلُ سيدَ الكهل المباشر من باب أن التدريب الحقيقي يتماهى مع نشأة الحقيقي ذاته. ومن دون كلل، تكرر الأشياءُ لدى كل

---

(1) Félix Vicq-d'Azyr, *Oeuvres de Vicq-d'Azyr: Éloges historiques*, t. 5 (Paris: [s. n.], 1805), p. 64.

(2) أبولو (Apollon): إله النور والموسيقى والشعر عند الإغريق. وإسكولاب هو ابن أبولو وإله الطب عند الإغريق والرومان. (المترجم)

(3) Jean-Baptiste Demangeon, *Des Moyens de perfectionner la médecine: Et d'asseoir les bases plus sûres de la salubrité publique* (Paris: [s. n.], an VII), p. 29.

طفل شبابَها، ويستعيد العالم احتكاكه مع شكله الأصلي؛ ليس أبدًا كهلًا بالنسبة إلى من يراه (بالعين: أي يعاينه) أول مرة. فعندما تفكك العينُ قراباتِها القديمة، تستطيع أن تنفتح من كثب على الأشياء والأعمار، وهي من بين جميع الحواس وجميع المعارف تمتلك من المهارة ما يمكّنها أن تكون الأقل مهارة حين تكرر بحذاقةٍ جهلَها البعيد. للأذن أفضلياتها، ولليد خطوطها وثنياتها، وللعين قرابة وشيجة مع الضوء، لا تحتمل سوى وجوده. إن ما يسمح للإنسان أن يعيد صلته بالطفولة ويلتحق بولادة الحقيقة الدائمة، هي تلك السذاجة الفطرية، الصريحة والبعيدة والمكشوفة التي تتصف بها المعاينة. من هذا المنطلق، كانت التجربتان الغامضتان الكبريان اللتان أرادت فلسفة القرن الثامن عشر أن تؤسس عليهما بدايتها: **أولًا**، المتفرِّج الغريب في بلد مجهول، **وثانيًا**، الأعمى بالخلقة وقد أعيد له بصره. كما أن بيستالوتزي[4] **والرواية التربوية**[5] يندرجان أيضًا ضمن الثيمة الكبرى للمعاينة الطفولية (Regard-Enfance). هكذا، يمر خطاب العالَم عبر العيون المفتوحة في كل لحظة كما لو كانت أول مرة.

ما إن حصلت ردة الفعل التيرميدورية حتى ظهر أن تشاؤم كابانيس وكانتان كان في محلّه؛ إذ انتشرت «اللصوصية» المتوقعة[6] في كل مكان. ذلك أنه منذ بداية الحرب، بل منذ انتفاضة الجماهير في خريف عام 1793، التحق كثيرٌ من الأطباء بالجيش، تطوعًا أو استدعاءً، فأصبح الإمبيريقيون «مطلقي الأيدي»[7]. قُدم التماس في 26 بروميز عام II إلى المؤتمر وقد حرره المدعو كارون (Caron) من قطاع بواسونيير (Poissonière)، يتّهم فيه أيضًا من بين الأطباء المتدربين في

(4) بيستالوتزي (Johann Heinrich Pestalozzi) (1746-1827)، مربٍّ ومدرّس ومفكّر سويسري، رائد علم أصول التدريس الحديث، منطلقًا من كتاب إميل لروسو ومن نظريات جديدة. ترك تأثيرًا في الفيلسوف فيخته. مُنِحَ المواطنية الفرنسية في عام 1792. (المترجم)

(5) الرواية التربوية أو السيرة (Bildungsromane)، روايات تتكلم عن سنوات التكوين لشخصية ما. (المترجم)

(6) M. Cantin, *Projet de réforme adressé à l'Assemblée Nationale, Où l'on se propose d'établir l'unité et l'utilité de l'art de guérir* (Paris: [s. n.], 1790), p. 13.

(7) Pierre-Jean Lioult, *Les Charlatans dévoilés, ou réflexions sur la liberté considérée dans le rapport qu'elle a avec l'exercice des professions* (Paris: Boulard, an VIII [1799]), avant-propos.

الكلية، «المشعوذين» المبتذلين الذين يحتاج الشعب إلى من يردّ عنه غائلتهم[8]. لكن، سرعان ما بدّلت هذه الشكوى وجهتها؛ إذ أصبح هناك الإحساس بالخطر من المشعوذين غير الأطباء، «بات الجمهور ضحية حشد من الأفراد القليلي التعلّم الذين من خلال سطوتهم نصبوا أنفسهم سادة على الصنعة [الفن]، فراحوا يوزعون أدوية كيفما اتفق، ويهددون حياة آلاف عدة من المواطنين»[9]. فكانت كوارث هذا الطب في حالته البدائية، بلغت حدًا حيث إن حكومة المديرين استدعت، بعد تحذير، في مقاطعة مثل مقاطعة أور (Eure)، جمعية الخمسمئة[10]، وطلبت الحكومة مرتين، في 13 ميسيدور عام IV، و24 نيفوس عام VI، من السلطة التشريعية وضع حد لهذه الحرية المحفوفة بالأخطار: «يا ممثلي المواطنين، لقد أسمعَنا الوطنُ صرخاتِه الأمومية، وإن حكومة المديرين التنفيذية هي أداته! وفي هذا الشأن تمامًا يكمن الإلحاح، ذلك أن التأخر ليوم واحد قد يعني موت كثير من المواطنين»[11]! في هذا الشأن، أصبح الأطباء العديمو الخبرة أو الدجالون المجرِّبون مدعاة للخشية بمقدار ما كان شفاء المرضى الفقراء يزداد صعوبة. وفي بعض الأحيان، بلغ تأميم أوقاف المستشفيات حدَّ مصادرة النقود السائلة، كما أُلزم كثيرٌ من أمناء الصندوق (في تولوز (Toulouse) وديجون (Dijon)) بشكل واضح وصريح بطرد النزلاء الذين ما عاد باستطاعتهم الاحتفاظ بهم. فقد احتل الجرحى والقتلى العسكريون منشآت كثيرة. كان وقع الأمر حسنًا على البلديات، ولم يعد عليها إيجاد مصادر لمستشفياتها. ففي بواتييه (Poitiers)، أُخرج في 15 حزيران/ يونيو 1793 المرضى المئتان من أوتيل ديو في سبيل تأمين مكان للجرحى

(8) A.N. 17, A 1146, d. 4, cité par: Albert Soboul, *Les Sans-Culottes parisiens en l'an II: Histoire politique et sociale des sections de Paris, 2 juin 1793-9 thermidor an II* (Paris: [s. n.], 1958), p. 494, n. 127.

(9) رسالة من المديرين إلى لجنة الخمسمئة، في 24 نيفوس عام VI. ذكره بارايون في تقرير 6 جيرمينال عام VI.

تشكّل لجنة الخمسمئة (Le Conseil des Cinq-Cents) مع لجنة القدماء، الجمعيتين التشريعيتين في عهد المديرين. أسّسها المجلس التأسيسي في عام III وأقرّها المؤتمر التيرميدوري في 22 آب/ أغسطس 1795. (المترجم)

(10) 22 brumaire et 4 frimaire an V.

(11) Message de 24 Nivôse an VI.

العسكريين الذين يدفع الجيش نفقاتهم[12]. إن اجتثاث المرض من المستشفيات الذي فرضته الحوادث في تقاطع فريد مع الأحلام الثورية الكبرى، بدل أن يعيد الجواهر المرضية إلى حقيقة طبيعية، ويحيد بها عن هذا السبيل بالذات، ضاعف من تأثيراته التخريبية وجرّد الشعب من أي حماية أو معونة.

من المؤكد أن كثيرًا من ضباط الصحة العائدين من الجيش أتوا ليستقروا بوصفهم أطباء في المدينة أو الريف في نهاية الفترة التيرميدورية أو مع بداية حكم المديرين. لكن هذا التوطين الطبي لم يتصف بنوعية متجانسة.

لم يكن التدريب والخبرة اللذان حصل عليهما كثيرٌ من ضباط الصحة كافيين. ففي عام II، كانت لجنة السلامة العامة (Comité de Salut public) طلبت من لجنة التعليم العام تحضير مرسوم يحدد طريقة من أجل «تدريب ضباط الصحة لمصلحة جيوش الجمهورية من دون تأخير»[13]، ونظرًا إلى أن الحاجة كانت ملحة بشكل كبير، فقد أخذوا المتطوعين كلّهم، ودَرَّبوا بشكل متسرع الطاقمَ الضروري، وفي ما عدا ضباط الصحة من الصف الأول الذين كان عليهم أن يقدموا ما يثبت أنهم تلقوا تدريبًا مسبقًا، فإن الآخرين لم يعرفوا من الطب إلا النزر اليسير مما تعلموه من خبرة على عجل. وكان هؤلاء في الجيش عرضة للّوم بسبب الأخطاء الكثيرة التي ارتكبوها[14]. إن مثل هؤلاء الأطباء يقترفون أخطاء أكثر فداحة وسط الناس المدنيين من دون ضبط تراتبي؛ نستشهد بهذا الضابط الصحي في منطقة كروز (Creuse) الذي قتل مرضاه بإعطائهم مسهلات زرنيخية[15]. ولطالما كانت ترد من الجهات كلها مطالب تعرب عن الحاجة إلى وجود هيئات رقابية وإلى وضع تشريع جديد: «بكَم من القتلة الجاهلين ستُغرقون فرنسا، فيما لو سمحتم للأطباء والجراحين والصيادلة من الصفين الثاني والثالث... أن يمارس كلٌّ مهنته من دون امتحان جديد؟... ففي هذه الجماعة القاتلة البشر على وجه التحديد نجد

---

(12) Pierre Rambaud, *L'Assistance publique à poitiers jusqu'à l'an V, II. La Dominicale*, p. 200.

(13) M. J. Guillaume, *Procès-verbaux du comité d'instruction publique de la convention nationale,* t. 4, pp. 878-879.

(14) J. Fr. Baraillon, «Rapport au conseil des cinq-cents,» 6 Germinal An VI, p. 6.

كان التقرير الموجّه إلى لجنة الخمسمئة مخصصًا لفضيحة عمليات البتر.

(15) Ibid.

دومًا المشعوذين الأكثر حظوة بالاعتراف، والأكثر خطورة، هؤلاء الذين يجب على القانون أن يزيد الرقابة عليهم بشكل خاص»[16].

ردًا على هذا الوضع ولدت منظمات الرعاية بشكل عفوي، وكان الأكثر هشاشة بينها، من منشأ شعبي. وإذا ما بقي بعض القطاعات المتوسطةُ الحال، مخلصًا لمبدأ الجبليين (Montagnards)، وهو «لا مزيد من المعوزين، لا مزيد من المستشفيات»، واستمرت في المطالبة بتوزيع العون الفردي لمصلحة المرضى الذين سيتلقون العناية في المنزل[17]، فإن بعضهم الآخر، من بين الأكثر فقرًا، كان مرغمًا تمامًا، إزاء الحاجة إلى ما يسد الرمق وبسبب العسر، على تلقي العناية، والمطالبة بالمستشفيات حيث يحصل المرضى المعوزون على الإيواء والغذاء والعلاج، وكان هؤلاء يتمنون العودة إلى مبدأ المأوى المخصص للفقراء[18]. وفي الحقيقة فقد أنشئت بيوت، خارج أي مبادرة حكومية بالتأكيد، بأموال حصلتها الجمعيات والتجمعات الشعبية[19]. وبعد تيرميدور، انعكس الوضع، وأتت الحركة من أعلى؛ ذلك أن الطبقات المتنورة وحلقات المثقفين، العائدين إلى السلطة أو الواصلين إليها، رغبوا في أن يعيدوا إلى المعرفة الامتيازات التي يمكنها أن تحمي النظام الاجتماعي والوجود الفردي في آن.

لكن، في مدن كبرى كثيرة لم تنتظر الإدارات التنفيذية (administration) «الخائفة من الأمراض التي شهدتها» و«المتضررة من صمت القانون» القراراتِ من السلطة التشريعية. فقررت بنفسها إقامة رقابة على الذين يزعمون ممارسة مهنة الطب، فأنشأت لجانًا مؤلفة من أطباء النظام القديم، وكان عليهم الحكم على ما يمتلكه الوافدون الجدد من تأهيل ومعارف وخبرة[20]. وأكثر من ذلك، تابع بعض

---

(16) G. C. Porcher, *Opinion de Porcher au Conseil des anciens* (Séance du 16 vendémiaire an VI), pp. 14-15.

(17) من طريق قطاع اللمباردين. يُنظر: Soboul, p. 495.

(18) Adresse de la section de l'homme armé, des invalides et lepeletier à la convention, Ibid.

(19) ملجأ مخصص للحوامل أقامه قطاع العقد الاجتماعي (Section du Contrat Social).

(20) Emmanuel Pastoret, *Corps législatif. Conseil des cinq-cents. Rapport fait par Emmanuel Pastoret, au nom de la commission d'instruction publique, sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de santé. Séance du 16 thermidor an V* (Paris: Impr. nationale, thermidor an V [s. d.]), p. 2.

الكليات المغلقة عمله في حالة شبه سرية؛ إذ جمع الأساتذة القدامى أولئك الذين أرادوا أن يتعلموا، واصطحبوهم في زيارات المرضى، فإذا كانوا مسؤولين عن قسم في المستشفى، كان يتم إعطاء الدروس على سرير المريض، وهناك كانوا يحكمون على أهلية طلّابهم، بل كانوا يمنحون، بعد هذه الدروس الخاصة، نوعًا من الشهادات الرسمية، تقر بأن الطالب أصبح طبيبًا حقيقيًا، وذلك من أجل الموافقة عليهم وفي الوقت ذاته من أجل تحديد المسافات بشكل أفضل. هذا ما حصل في بعض المناطق ذات التوجه المعتدل بشكل خاص، في كاين (Caen) أو دواي (Douai).

قدمت مونبلييه أنموذجًا نادرًا بكل ما للكلمة من معنى، هو التقاء بين ردود الفعل المختلفة هذه: هناك ظهرت في آن الحاجةُ إلى تأهيل الأطباء من أجل (خدمة) الجيش، واستخدام الكفاءات الطبية التي كرسها النظام القديم، وتدخّل الجمعيات الشعبية إضافة إلى الإدارة [المحلية]، والشروع العفوي في الخبرة السريرية. في هذا الصدد، عُيِّن بومز (Baumes)، الأستاذ السابق في الجامعة، كي يمارس المهنة في المستشفى العسكري في سانت إلوا (Saint-Éloi)، وذلك لخبرته ولأفكاره الجمهورية في آن. بناءً على ذلك، كان عليه أن يختار المرشحين لوظيفة ضابط صحة، لكن بما أنه لم يكن هناك أي تعليم منظم، فقد تدخل تلامذة الطب لدى الجمعية الشعبية (société populaire) التي أقنعت بلدية المديرية، بعد تقديم التماس، بإنشاء تعليم سريري في مستشفى سانت إلوا عُهد به إلى بومز. وفي عام 1794 طبع بومز نتيجة مشاهداته ودروسه، «طريقة شفاء المرضى تبعًا لظهورها في مجرى السنة الطبية»[21].

ما من شك في أن هذا المثل منتقى بعناية، من دون أن يقلل ذلك من دلالته. فمن طريق التقاء الضغوط وتقاطعها مع المطالب الآتية من الطبقات الاجتماعية، ومن بنى مؤسساتية، ومن مشكلات تقنية أو علمية شديدة التباين في ما بينها، تكون الخبرة قيد التشكل. فهي لا تفعل، في الظاهر، سوى إحياء التقليد السريري الذي أنشأه القرن الثامن عشر؛ إذ تكون سبيلًا وحيدًا للخلاص الممكن. وفي الواقع

---

(21) Auguste Girbal, *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier* (Montpellier: [s. n.], 1858), pp. 7-11.

يرتبط هذا الأمر بمجال آخر. ففي هذه الحركة المستقلة، وفي شبه السرية التي حرضت عليها وحمتها، تكون العودة إلى السريريات أول تنظيم لحقل طبي مركّبٍ وأساسٍ في الوقت نفسه: مركّب لأن خبرة المستشفى في الممارسات اليومية تتصل بالشكل العام لنظام تدريسي، وأساس أيضًا من باب أنه خلافًا لسريريات القرن الثامن عشر، ليس المقصود الالتقاء، بشكل متأخر، بين خبرة متشكلة مسبقًا وجهلٍ يجب تزويده بالمعرفة، إنما المقصود هو تحضير جديد لمواد المعرفة؛ ميدانٌ تتعلم فيه الحقيقة من نفسها وبالطريقة ذاتها تمنح نفسها لمعاينة المشاهد الخبير والمتعلم الغرّ. هناك لغة واحدة فقط لكليهما، إنها المستشفى، حيث تكون سلسلةُ المرضى الخاضعين للفحص مدرسة بحد ذاتها. بهذا الشكل، سَمح الإلغاءُ المزدوج للبنيات الاستشفائية القديمة وللجامعة بالتواصل الفوري بين التدريس وحقل الخبرة العياني، وأكثر من ذلك، أدى هذا الإلغاء إلى محوِ الخطاب الدوغمائي بصفته لحظة أساسية في نقل الحقيقة. إن صمت الكلام الجامعي، أي إلغاء كرسي الأستاذية، سمح بأن يتشكل تحت اللغة القديمة وفي ظل ممارسة عمياء قليلًا أعاقتها الظروف، خطاب كانت قواعده جديدة بالكامل. كان عليه أن ينتظم في معاينة لم تعد تكتفي بأن تتبيّن، بل عليها أن تكتشف. في هذا اللجوء المبكر إلى السرير (العيادة)، ولدت سريريات جديدة، هي سريريات القرن التاسع عشر.

لا غرابة في أن تصير ثيمةُ الطبّ المنظم بكامله حول السرير (العيادة)، في نهاية حقبة الجمعية التأسيسية، أشد طغيانًا، فجأة، على ثيمة الطب الذي أعيد إلى الحرية، ولبثت مسيطرة حتى عام 1793. وللحقيقة، فإن ما حصل ليس ردة فعل (reaction) (على الرغم من أن عواقبه الاجتماعية كانت بشكل عام «رجعية (réactionnaire)»)، ولا تقدمًا (على الرغم من أن الطب، ممارسةً وعلمًا، أفاد منه على أكثر من صعيد)، إنما كان المقصود هو إعادة بناء لثيمة «الطب في الحرية»، ضمن سياق تاريخي محدد. ففي ميدان متحرر، ستحدِّد الحاجةُ إلى الحقيقة المفروضة على المعاينة، بنياتِه المؤسساتية والعلمية. لم يكن من طريق انتهازية سياسية فحسب، إنما أيضًا من طريق إخلاص غامض لأشكال التماسك التي ما من انعطاف طارئ في الحوادث يمكن أن يثنيها. لقد انتفض فوركروا نفسه في عام II ضد أي مشروع يهدف إلى إعادة تأسيس «الجامعات القوطية والأكاديميات

الأرستقراطية»[22]، وتمنى عام III أن يسمح الإلغاءُ الموقت للكليات بـ «إصلاحها وتحسينها»[23]، ولم يكن ينبغي السماح لـ «الإمبيريقية القاتلة والجهل الجشع أن ينصبا شركًا من جميع الجهات للألم الساذج»[24]: إن ما نفتقر إليه حتى الآن، وهو «ممارسة الصنعة [الفن] بالذات، أي المشاهدة على سرير المرضى»، التي كان لا بد أن تصبح الجزء الأساس من الطب الجديد.

اتخذت حوادث تيرميدور وحكم المديرين من السريريات ثيمة كبرى لإعادة تنظيم الطب مؤسساتيًا؛ إذ كان ذلك في نظرهما وسيلةً لوضع حد للتجربة الخطرة التي ترافق حرية تامة، بل طريقة لإعطائها معنى إيجابيًا، وكذلك سبيلًا من أجل استعادة بعض بنيات النظام القديم، وفق ما يرغب كثيرون.

1 - إجراءات 14 فريمِر عام III

كُلف فوركروا أن يقدّم إلى الجمعية التأسيسية تقريرًا حول إنشاء مدرسة للصحة في باريس، وكانت التسويغات التي قدمها جديرة بالملاحظة، حتى أنه تم الأخذ بها كلها تقريبًا ضمن حيثيات المرسوم الذي حظي بالتصويت عمليًا، على الرغم من ابتعاده أكثر من مرة من حرفية المشروع وروحه. كان المقصود قبل كل شيء إنشاء مدرسة واحدة في فرنسا، على غرار المدرسة المركزية للأشغال العامة، يتم فيها تدريس ضباط الصحة اللازمين للمستشفيات، العسكرية على وجه الخصوص. ألم يُقتل في الحرب ستمئة طبيب خلال أقل من ثمانية عشر شهرًا؟ بمعزل عن هذا السبب الملحّ والحاجة إلى وضع حد لممارسة المشعوذين السيئة، كان من الواجب إزالة مجموعة من الاعتراضات المهمة على هذا الإجراء الذي يمكن أن يعيد الهيئات القديمة وامتيازاتها. ذلك أنّ الطب علم تطبيقي تهمّ حقيقتُه ونجاحاته الأمةَ بأسرها، وإننا من خلال إنشاء مدرسة، لا نمنح جماعة من

---

(22) Antoine-François Fourcroy, *Rapport et projet de décret sur l'enseignement libre des sciences et des arts* (Paris: [s. n.], an II), p. 2.

(23) Antoine-François Fourcroy, *Convention nationale. Rapport et projet de décret sur l'établissement d'une école centrale de santé à Paris, fait à la Convention nationale, au nom des comités de salut public et d'instruction publique, par Fourcroy, le 7 frimaire de l'an III de la république française une et indivisible* (Paris: Impr. nationale, frimaire an III [s. d.]), p. 3.

(24) Ibid., p. 3.

الناس الأفضلية، إنما نتيح للشعب، عبر وسطاء مؤهلين، أن يتمكن من الإحساس بفضائل الحقيقة، فكما كتب مقدم التقرير، ليس من دون ارتباك في الأسلوب وفي التفكير، «هذا سينعش قنوات كثيرة تنشر النشاط الجاد للفنون والعلوم في جميع فروع الجسم الاجتماعي»[25]. إن ما يضمن للطب، المفهوم بهذا الشكل، أن يكون معرفةً مفيدة لجميع المواطنين، هو صلته بالطبيعة: فبدلًا من أن تكون على غرار الكلية القديمة، مكانَ معرفةٍ خفية ومستلّة من الكتب، فإن الكلية الجديدة ستكون «معبدًا للطبيعة»، ولن يتم فيها تعليم ما كان يعتقد به المعلمون في السابق، إنما هذا الشكل من الحقيقة المفتوح أمام الجميع الذي تبديه الخبرة اليومية. «إنّ الممارسة والتعامل باليدين سيرتبطان بالتعاليم النظرية. سيتمرن الطلاب على التجارب الكيميائية وعلى التشريح وعلى العمليات الجراحية، وعلى استخدام المعدات. اقرأوا قليلًا وشاهدوا كثيرًا واعملوا كثيرًا»، التدريب على الممارسة، وعلى سرير المرضى، هذا ما سوف يعلِّم «فن المداواة» الحقيقي بدلًا من [كتب] الفيزيولوجيا العديمة النفع[26].

بهذا، تصبح السريريات لحظة أساسية في التماسك العلمي، وكذلك في المنفعة الاجتماعية وفي النقاء السياسي الذي يسم التنظيم الطبي الجديد. فالسريريات هي حقيقته في إطار من الحرية المضمونة. وكان فوركروا اقترح بأن يُعهد بالتدريس في ثلاثة مستشفيات (هي ملجأ الإنسانية – (Hospice de l'Humanité)، ملجأ الوحدة – (Unité) ومستشفى المدرسة – (Hôpital de l'École)) إلى أساتذة، بأجر كافٍ كي يتمكنوا من تكريس أنفسهم بالكامل لهذه المهمة[27]. وسوف يُقبل جمهور العامة بشكل واسع إلى مدرسة الصحة الجديدة. هكذا، عقد الأمل في أن يأتي جميع الذين يمارسون الطب من دون تدريب كافٍ تلقائيًا لإتمام خبرتهم. وفي جميع الأحوال، سوف يتمّ في جميع المناطق انتقاء الطلاب ذوي «السلوك الحسن والطباع الطاهرة والإيثار للجمهورية والنفرة من الطغاة، ومن ذوي التربية الحسنة، ولا سيّما أولئك الذين ألمّوا إلمامًا كافيًا ببعض العلوم

---

(25) Ibid., p. 6.

(26) Ibid., p. 9.

(27) Ibid., p. 10.

التي تفيد كتمهيد لفن المداواة»، ومن ثَم يتم إرسالهم إلى مدرسة الطب المركزية ليصيروا بعد ثلاث سنوات ضباط صحة[28].

في ما يخص الأقاليم (خارج المنطقة الباريسية (Province))، اقترح فوركروا أن تنشأ فيها مدارس خاصة فحسب، الأمر الذي دفع مندوبي ميدي (Midi) [جنوب فرنسا] إلى الاعتراض، فطالبوا لهم بمدرسة مركزية أيضًا في مونبلييه. وأخيرًا طالب إرمان (Ehrman) في ستراسبورغ (Strasbourg) بتلك المدرسة، على الرغم من تضمين مرسوم 14 فريمر عام III إنشاء ثلاث مدارس طبية. وحُددت مدة الدراسة المقررة فيها بثلاث سنوات. تضمنت دروسُ «صف المبتدئين» في باريس خلال الفصل الدراسي الأول موادَّ التشريح والفيزيولوجيا والكيمياء الطبية، وفي الفصل الثاني العلومَ الطبية وعلم النبات والفيزياء: كان يجب على الطلاب، خلال السنة أن يرتادوا المستشفيات «كي يعتادوا رؤية المرضى، والطريقة العامة المتبعة في المداواة»[29]. وفي «صف المبتدئين» كانت البداية بدراسة التشريح والفيزيولوجيا والكيمياء والصيدلة وطب العمليات، تليها مباشرة العلوم الطبّية وعلم الأمراض الداخلية والخارجية، وخلال السنة الثانية كان باستطاعة الطلاب أن «يقدموا خدمات للمرضى» في المستشفيات. أخيرًا، كانوا يستذكرون في السنة الثالثة الدروس السابقة كلها، ويبدأون، وقد أفادوا من الخبرة التي اكتسبوها في المستشفى، ممارسة الطب السريري بالمعنى الدقيق للكلمة. وكان الطلاب يتوزعون على ثلاثة مستشفيات ويبقون فيها أربعة شهور ثم يتبدلون. وكان الطب السريري يتضمن قسمين: «يتوقف الأستاذ عند سرير كل مريض وقتًا كافيًا لاستجوابه بشكل جيد، ولفحصه بالشكل الملائم، ويلفت الطلاب إلى العلامات التشخيصية وأعراض المرض المهمة»، ثم يتناول في المدرج قصة الأمراضِ العامة المشاهدة في صالات المستشفى: فيشير إلى أسبابها «المعروفة، أو المحتملة، أو المخفية»، ويحدد تشخيصها، ويعطي المعالجات التي «تحيي [تنعش الروح]» أو «تشفي» أو «تُسكِّن»[30].

---

(28) Ibid., pp. 12-13.

(29) *Plan général de l'enseignement dans l'école de santé de Paris* (Paris: impr. de Ballard, an III [1794-1795]), p. 11.

(30) Ibid., p. 39.

إنّ ما يميز هذا الإصلاح هو أن تأرجح الطب صوب السريريات كان متناسبًا مع تعليم نظري موسع. فما إن تُحدَّد تجربة عملية تتم انطلاقًا من المريض بالذات، حتى يتم التركيز على ضرورة ربط المعرفة الخاصة بمنظومة المعارف العامّة. وكان المبدآن الأولّان، اللذان عقّبت بهما مدرسة باريس على قانون فريمر، قد طالبا بأن تقوم [المدرسة] بـ «التعرف إلى مجمل أعضاء الحيوان بدءًا من البنية الأولية للجسم غير الحي وحتى الظواهر الأكثر تركيبًا للعضوية (الجسم الحي) وللحياة»، وبأن تجتهد في إظهار الصلات القائمة بين الأجسام الحية والأجسام التي تتألف منها الطبيعة[31]. إضافة إلى ذلك، سوف يؤدي هذا التوسع إلى وضع الطب في حالة احتكاك مع سلسلة كاملة من المسائل والممارسات المطلوبة؛ فمن خلال الكشف على التلازم بين الكائن البشري والأحوال المادية للوجود، سوف يبيّن لنا كيف «يمكننا المحافظة المستدامة على حياة خالية من الأمراض التي يمكن أن يتوقعها البشر»، ثم يُظهر لنا «نقطة الاحتكاك التي من خلالها يدخل فن المداواة ضمن النظام المدني»[32]. بناء عليه، لا يعود الطب السريري إذًا طبًّا منكفئًا، في المقام الأول، على الإمبيريقية، أو ساعيًا إلى اختزال جميع معارفه وطرائقه التعليمية، من خلال نزعة شكية منهجية، إلى ملاحظة المرئي وحدها. ذلك أنّ الطب لا يتحدد، في مرحلته الأولى على أنه طب سريري، ما لم يتحدد فورًا معرفةً واسعة للطبيعة ويتعرف إلى الإنسان في المجتمع.

2 - الإصلاحات والسجالات عامي V و VI

لم تؤدِّ الإجراءات التي اتُّخذت في 14 فريمر إلى حل المشكلات كافة. فبعد فتح المدارس الصحية أمام العموم، انعقد الأمل بأن تجتذب إليها ضباط الصحة غير المؤهلين بالشكل الكافي، وأن تؤدي المنافسةُ الحرة إلى اختفاء الإمبيريقيين والأطباء غير المؤهلين. لم يحصل شيء من هذا القبيل: ذلك أن العدد غير الملائم من المدارس، وغياب الامتحان، إلا للطلاب الحاصلين على منحة تعليمية، منعا تكوين جسم من الأطباء المؤهلين: ففي أربع مناسبات، 13 ميسيدور عام IV، 22

(31) Ibid., p. 1.

(32) Ibid., pp. 1-2.

برومير، و2 فريمر عام V، و24 نيفوس عام VI، أُجبرت حكومة المديرين على أن تُذكِّر الجمعيات بالأخطار الناجمة عن ممارسة الطب الحرة، وتأهيل الأطباء السيّئ، وغياب التشريع الفاعل. وقد أوجب، والحالة هذه، إيجاد نظام للمراقبة بخصوص الأطباء الذين عُيِّنوا منذ الثورة، وفي الوقت نفسه التوسع في إمداد المدارس الجديدة وفي صرامتها وتأثيرها.

من جانب آخر، تَعرَّض التدريس الذي تقدمه هذه **المدارس** بالذات للنقد. فالمنهاج، في ضخامته الهائلة، كان طموحًا، قياسًا إلى مدة الدراسة التي لم تكن أكثر من ثلاث سنوات كما كانت عليه في النظام القديم؛ إذ إن «التطلب الزائد لن يوصل إلى شيء»[33]. لم تكن الدروس المختلفة موحَّدة: ففي مدرسة باريس كانوا يُعلِّمون، من جانب، طبًا سريريًا للأعراض والعلامات، في حين كان دوبليه (Doublet) يدرّس، ضمن منهاج علم الأمراض الداخلية، طبَّ الأنواع الأكثر تقليدية (الأسباب الأكثر عمومية، ثم «الظواهر العامة، وطبيعة كل صنف من الأمراض وصفته وأقسامه الرئيسة»، وكان يكرر «الفحص ذاته عن الأجناس والأنواع»)[34]. وفي ما يتعلق بالسريريات، لم يكن لها بالطبع القيمة التأهيلية المتوقعة. كان ثمة عدد زائد من الطلاب، وعدد زائد من المرضى أيضًا: «كانوا يتجوّلون سريعًا في جناح [المستشفى]، وكانوا يقولون كلمتين في نهاية الجولة، ثم ينسحبون بعد ذلك على عجل، وهذا ما يُسمى تدريس السريريات الداخلية. وفي المستشفيات الكبيرة، نجد في العادة عددًا كبيرًا من المرضى، وعددًا قليلًا جدًا من الأمراض»[35].

أخيرًا، بعد أن عرفت الجمعيات الطبية هذه الانتقادات كلها، وجعلت من نفسها عنصر تعميم لها لا يكلّ، من أجل أن تفرض بقوة إعادة بناء مهنة طبية محددة بالكفاءات ومحمية بالقانون، فقد حظيت بإعادة بناء عقب قانون 4 فريمر، بعد أن كانت اختفت، مع الجامعة، في آب/ أغسطس 1792. ففي البداية، ظهرت الجمعية الصحية (Société de Santé) التي أسسها، في 2 جرمينال عام IV، دِجِنِت

(33) Baraillon, «Rapport au conseil des cinq-cents,» p. 2.

(34) *Plan général de l'enseignement*, p. 31.

(35) الفكرة لبارايون في انعقاد مجلس الخمسمئة. يُنظر: Opinion de J. Fr. Baraillon, Séance de l'Assemblée des cinq-cents, 17 Germinal an VI, p. 4.

(Desgenettes) ولافيس (Lafisse) وبرتران بللوتييه (Bertrand Pelletier) ولوفييه (Leveillé)، وأرادت من حيث المبدأ أن تقتصر على كونها أداة حرة ومحايدة للمعلومات؛ تبادلٌ سريع للآراء بخصوص المشاهدات والخبرات، ومعرفةٌ متاحة للمعنيين كلهم بفن المداواة. عليها، باختصار، أن تكون نوعًا من الممارسة السريرية على صعيد الأمة حيث لا مجال إلا للمشاهدة والممارسة. يقول بيان الجمعية الأول: «يقوم الطب على مبادئ تستند إلى التجربة فحسب. ومن أجل تحصيلها ينبغي التعاون بين من يقومون بالرصد والملاحظة. كذلك، فإن فروعًا طبية كثيرة أصابها الوهن منذ تدمير الجمعيات العلمية. لكنها سوف تكبر وتزدهر من جديد في ظل حكومة دستورية لا تنظر إلا بعين الرضا إلى تَشكل الجمعيات الحرة للملاحظين - الممارسين»[36]. انطلاقًا من هذه الروح طبعت الجمعية المقتنعة «بأن عزل الأشخاص... ألحق الضرر الكامل بمصالح الإنسانية»[37]، **نشرة دورية** (*Recueil périodique*)، سرعان ما ألحقتها بأخرى مخصصة بالأدب الطبي في الخارج [المترجَم]. لكن في مرحلة باكرة، أظهر هذا الاهتمام بالمعلومات العالمية ما كان بالتأكيد شغله الشاغل الحقيقي، ألا وهو تجميع الأطباء الذين استحقوا الكفاءة من طريق الدراسات العادية، والسعي الحثيث من أجل وضع تعريف جديد لحدود ممارسة الطب الحرّة؛ «ألا تدعوني أخفي من التاريخ ذكرى هذه اللحظات المشؤومة حين قامت في فرنسا يد جاحدة وبربرية بتحطيم هياكل (autels) ديانة الطبّ المقدّسة! لقد اختفت هذه الهيئات التي أثبتت شهرتُها القديمة نجاحات على مدى طويل»[38]. وقد امتدت هذه الحركة، بدلالتها الانتقائية أكثر من كونها إخبارية، إلى الأقاليم خارج المنطقة الباريسية: فأُسِّست جمعيات في ليون وبروكسيل ونانسي وبوردو وغرونوبل. وفي 5 ميسيدور من العام نفسه، افتتحت جمعية أخرى جلستَها الأولى في باريس بمشاركة أليبير (Alibert) وبيشا وبروتونّو (Bretonneau) وكابانيس ودِجِنِت ودوبويتران (Dupuytren)

---

(36) بيان مرفق مع أوّل توزيع للنشرة الدورية التي أصدرتها جمعية الصحة في باريس (*Recueil périodique de la société de santé de paris*).

(37) Ibid., I, p. 3.

(38) Ibid., II, p. 234.

وفوركروا ولاري (Larrey) وبينل. وقدمت بشكل أفضل من **الجمعية الصحية** أفكار الطب الجديد، (ومؤدّاها أنه) ينبغي إغلاق أبواب المعبد في وجه الذين دخلوه من دون استحقاق، مستفيدين من أنه «منذ الشرارة الأولى للثورة كان محراب الطب مثله كمثل معبد جانوس[39]، قد بدا مشرعًا على مصراعيه ولم يكن أمام الحشود سوى التدفق إليه»[40]، غير أنه من الواجب إصلاح طريقة التدريس التي كانت تُطبّق في المدارس في عام III، من طريق تأهيل مبكِر ومركَّب لا يضع في حوزة الطبيب أي منهاج موثوق للملاحظة - الرصد وللتشخيص. بناء عليه، يجب «أن يحل سيرُ المنهج الفلسفي والعقلاني محل سير عدم التبصّر غير المنتظم والمتهوّر»[41]. وقامت هذه الجمعيات بحملة مستمرة أمام الرأي العام، وبعيدًا من حكومة المديرين و[الجمعيتين]، لكن بقبولها المضمر في الأقل، مع دعم ثابت، من ممثلي البرجوازية المتنورين والأيديولوجيين المقربين من الحكومة[42]. وفي هذه الحركة ستأخذ فكرة السريريات دلالة مختلفة بما فيه الكفاية عن الدلالة التي أدخلها المشرعون في عام III.

أعلنت المادة 356 من دستور حكومة المديرين أن «القانون يرعى المهن التي تُعنى بصحة المواطنين»، وباسم هذه المادة، التي بدا أنها تَعِد بالضبط والتقييد والضمان، ستتم إدارة جميع المجادلات التي لن ندخل هنا بتفصيلاتها. فلنقل فحسب إن أساس النقاش كان يقوم على مسألة في ما إذا كان يجب في البداية إعادة تنظيم التدريس، وبعد ذلك بناء ظروف ممارسة الطب، أم على العكس، إن كان ينبغي تطهير الجسم الطبي وتحديد معايير الممارسة في المقام الأول، ثم تثبيت منهاج الدروس الضرورية. وما بين الطرحين كان الانقسام السياسي واضحًا، فالأقل بعدًا من تقاليد المؤتمر، مثل دونو (Daunou) أو بريور (Prieur) من الكوت دور (ساحل الذهب) (Côte-d'Or) (إقليم فرنسي عاصمته ديجون)، أرادوا

---

(39) جانوس (Janus) من آلهة الرومان، حارس البوابات، له رأسان متخالفان في الاتجاه. (المترجم)

(40) *Mémoires de la Société médicale d'émulation, séante à l'Ecole de médecine de Paris*, t. 1 (Paris: J.B. Baillière, an V [1797-1826]), p. II.

(41) Ibid., p. IV.

(42) بدءًا من آذار/ مارس 1798، احتلّ كابانيس موقعه في جمعية الخمسمئة بصفته ممثلًا للمعهد.

إعادة دمج ضباط الصحة وجميع الممارسين المنفلتين من الطب من طريق تدريس مفتوح بشكل واسع، أما الآخرون الملتفون حول كابانيس وباستوريه (Pastoret)، فكانوا يريدون تسريع إعادة بناء جسم طبي مغلق. وأثبت الفريق الأول، في بداية حكم المديرين، حضورَه الأقوى.

إنّ أول مشروع للإصلاح كان قد صاغه دونو، أحد واضعي دستور عام III، الذي كان متعاطفًا مع الجيرونديين، في المرحلة الأولى من الجمعية التأسيسة. ولم يكن يرغب في أن يعدل، من حيث الجوهر قوانين فريمر، بل كان يريد، علاوة على ذلك، أن ينشئ «مقرّرات طبية إضافية» في ثلاثة وعشرين مستشفى بالأقاليم[43]. «إنكم لن تعيدوا إحياء ممثلي الطوائف المهنية، إنما ستطلبون براهين على المقدرة، يمكن أن يصبح المرء طبيبًا من دون أن يرتاد أي مدرسة، لكنكم ستطلبون من كل مرشح ضمانًا مستوفيًا الشروط عن المعارف التي يحملها. بهذا، فإنكم ستوفقون بين حقوق الحرية الشخصية وحقوق السلامة العامة»[44]. هنا، تبدو السريريات، بشكل أوضح من السابق، حلًا ملموسًا لمشكلة تأهيل الأطباء وتحديد الكفاءة الطبية.

كان مشروع دونو، بما تضمّنه من إصلاح خجول ووفاء لمبادئ عام III، محل نقد بالإجماع؛ إذ وصفه بارايون[45] (Baraillon) بأنه «تنظيم حقيقي للقتل». وبعد أسابيع عدة، قدمت لجنة التعليم العام تقريرًا آخر، أعدّه هذه المرة كالِس (Calès). واتّصف هذا التقرير بروح مختلفة تمامًا؛ فكي يضمن قبول تأسيس جسم مهني للأطباء كان متضمّنًا في مشروعه، عارض التمييزَ الذي يحتفظ بالأطباء في المدن، لكون الجراحين «هم كل ما يلزم في الريف»، وعهد إلى العطارين بالأطفال[46]. وفي المدارس الخمس التي سوف تُنشأ في باريس ومونبلييه ونانسي وبروكسيل

---

(43) P.-C.-F Daunou, *Rapport à l'assemblée des cinq-cents sur l'organisation des écoles spéciales* (25 floréal an V), p. 26.

(44) Ibid.

(45) J. Fr. Baraillon, «Rapport au conseil des anciens,» 6 Germinal an VI, p. 2.

(46) Jean-Marie Calès, *Corps législatif. Conseil des cinq-cents. Rapport fait par J.-M. Calès, député de la Haute-Garonne, au nom de la commission d'instruction publique, sur les écoles spéciales de santé. Séance du 12 prairial an V* (Paris: Imprimerie nationale, an V [s. d.]), p. 11.

وآنجيه، أوجب أن يكون المنهاج الدراسي مشتركًا بين كل من الأطباء والجراحين والعطارين. وسوف يتم إقرار الدراسة بستة امتحانات، يقدمها الطلاب متى شاؤوا (تكفي ثلاثة منها للجراحين). أخيرًا، تُسمى في كل قسم لجنةٌ صحية من بين الأطباء والصيادلة «لتقدم المشورة بصدد جميع الموضوعات المرتبطة بفن المداواة والصحة العامة»(47). وبحجة تدريس أكثر عقلانية تقدّمه كليات متزايدة بشكل موحّد لجميع المعنيين بالصحة العامة، فإن لمشروع كالِس غاية رئيسة، وهي تشكيل هيئة من الأطباء المؤهلين من طريق منظومة من الدروس والامتحانات المعيارية.

تعرّض مشروع كالِس، بِدَوره، الذي حظي بدعم أطباء مثل بارايون وفيتيه (Vitet)، لهجوم عنيف من الخارج، شنّته مدرسة مونبلييه التي أعربت عن رضاها عن الإجراءات التي اتخذتها الجمعية التأسيسية، وحتى الجمعية التشريعية بالذات من جهة جميع الذين بقوا مخلصين لروح عام III. وقد حصلت الأمور ببطء؛ ذلك أنه بعد الإحباط الذي آلت إليه الثورة المضادة في 18 فروكتيدور، التي أفاد منها بريور من الكوت دور، والعضو السابق في لجنة السلامة العامة، نجح في إعادة مشروع كالِس إلى لجنة التعليم العام. لكنه أخذ عليه الحيّز العديم الأهمية الذي خُصص للسريريات، وعودته إلى النظام التعليمي المعتمد في الكليات القديمة، والحال أنه «ليس كافيًا أن يصغي الطالب وأن يقرأ، بل عليه أن يرى ويلمس، ولا سيّما أن يتدرب وأن يكتسب العادة على الممارسة»(48). ومن طريق هذه المحاجّة حصل بريور على ميزة تكتيكية مضاعفة حيث أجاز، على المستوى العلمي، الخبرة التي اكتسبها أولئك الذين لم يكن تأهيلهم كافيًا إلى حد ما منذ عام 1792. ومن جانب آخر، ومن خلال تشديده هو بنفسه على الكلفة الباهظة للتدريس السريري، اقترح ألّا يتم الحفاظ إلّا على مدرسة باريس بدلًا من زيادة عدد هذه المدارس على حساب نوعيتها. وهذا يعني، ببساطة، العودة إلى ما كان عليه مشروع فوركروا في صيغته الأولى.

---

(47) Ibid., articles 43-46.

(48) Claude Antoine Prieur-Duvernois, *Motion d'ordre par C.A. Prieur relative au project sur les écoles de santé* (Séance des cinq-cents du 12 brumaire an V), p. 4.

لكن، خلال تلك الفترة، ضمن باستوريه، عشية تلك الضربة القوية التي ستُبعده إلى المنفى بعد الكشف عن أنه أحد رؤساء المؤامرة الملكية، موافقةَ الخمسمئة على قانون يخص ممارسة الطب. فقد كُلِّفت في ثلاث مدارس للصحة لجنةُ تحكيم مؤلفة من طبيبين وجراحين وصيدلي واحد، الإشراف على كل من يريد أن يمارس الاختصاص العائد لهم: وأكثر من ذلك «إن الذين يمارسون حاليًا فن المداواة، من دون أن يكونوا قد قُبلوا بشكل قانوني ضمن الأشكال التي فرضتها القوانين القديمة، سيكونون ملزمين بالمثول (أمام المحاكم) خلال ثلاثة شهور»[49]. هكذا، فإن كل ما استقر طبيًا في السنوات الخمس الأخيرة سيخضع لإعادة تقويم، من طريق لجان محكمة تأهلت في المدرسة القديمة، وسوف يتسنى للأطباء مجددًا الإشراف على إمداد أنفسهم بأنفسهم، وسوف يتشكلون باعتبارهم جسمًا قادرًا على تحديد مؤشّرات كفاءته.

لئن فاز المبدأ بالقبول، فإنّ العدد القليل من المدارس أعاق تطبيقه الرسمي، وبعد أن طالب بريور بخفض عدد هذه المدارس ثانية، ظنّ بأن ذلك سيجعل من المستحيل تطبيق قانون باستوريه. وفي جميع الأحوال بقي ذلك القانون عديم الأثر، وكانت قد مرت أربعة شهور تقريبًا منذ أن تمّ التصويت عليه، لمّا أُجبرت حكومة المديرين من جديد على لفت المشرعين إلى الأخطار التي سيجرها على المواطنين طبٌّ خارج عن السيطرة: «على القانون الوضعي أن يُلزم من يطمح إلى ممارسة إحدى مهن فن المداواة، بدراسة مديدة وبامتحان أمام لجنة محكمة صارمة، وأن يحظى العلم والأعراف بالاحترام، مع وجوب احتواء انعدام الكفاءة والتهور، وأن تردع العقوباتُ العامةُ الجشعَ، وتقمع الجرائمَ التي تشبه القتل»[50]. ففي 17 فنتوس من عام VI أعاد فيتيه طرح الخطوط الكبرى لمشروع كالِس أمام لجنة الخمسمئة، ويتضمن: خمس مدارس طبية، ومجلس استشاري صحي في كل إقليم، يُعنى بالأوبئة وبـ «الوسائل الكفيلة بالمحافظة على صحة السكان، ويشارك في اختيار الأساتذة، وأربعة امتحانات يحدَّد موعدها في تاريخ ثابت».

---

(49) Pastoret, p. 5.

(50) رسالة من المديرين إلى جمعية الخمسمئة (24 نيفوس، عام VI).

كان التجديد الحقيقي في إيجاد اختبار سريري: «على المرشح إلى لقب طبيب، أن يقدِّم أمام سرير المريض، خواص هذا النوع من المرض وعلاجه». هكذا، تجتمع أول مرة في إطار مؤسساتي واحد، قرائنُ المعرفة النظرية وقرائنُ الممارسة التي لا يمكن أن ترتبط إلا بالخبرة والعادة. لا يسمح مشروع فيتيه باندماج أو باستيعاب متدرج في الطب الرسمي لممارسة غير المنضبطين المطبقة منذ عام 1792، إنما يعترف نظريًا، ضمن حلقة من الدراسات الاعتيادية، بقيمة الممارسة المكتسبة في المستشفيات. لم يكن الطب الإمبيريقي المنفلت هو ما حظي بالاعتراف، إنما قيمةُ الخبرة على ما رسمها الطبّ.

بدا في عام V أن خطة كالِس شديدة الصرامة، كما أن خطة فيتيه، المدعومة من كالِس وبارايون، قد حرضت على معارضة مماثلة. فظهر بوضوح أنه ما من إصلاح في التدريس [الطبي] سيكون ممكنًا ما لم تُحل المشكلة التي تقف حائلًا دونه؛ ألا وهي مشكلة التدريب الطبي. وبعد أن رُفض مشروع كالِس اقترح بارايون على الخمسمئة حلًا يترجم بوضوح معناه المضمَر؛ إذ لن يتمكن أحد من ممارسة فن المداواة ما لم يحصل على لقب إما من المدارس الجديدة وإما من الكليات القديمة[51]. بهذا الصدد، قدّم بورشيه (Porcher) في مجلس القدماء (Conseil des Anciens) دعمه لهذه الأطروحة[52]. فكان ذلك هو المأزق السياسي والمفاهيمي الذي وقعت فيه المشكلة، لكن في الأقل سمحت هذه المناقشات كلها في الكشف عما كان موضع تساؤل حقيقي، ليس عدد مدارس الصحة أو برنامجها، إنما معنى المهنة الطبية بالذات والصفة الامتيازية للخبرة التي تحددها.

3 - تدخل كابانيس وإعادة التنظيم في عام XI

من الناحية الزمنية طرح كابانيس في 4 ميسيدور من عام VI، مشروعَه حول السياسة الإدارية للصحة ما بين مشروع بارايون ومناقشة فنديميير في مجلس القدماء. وفي الواقع كان هذا النص من عصر آخر، فهو يشير إلى اللحظة التي ستأخذ فيها الأيديولوجيا نصيبًا فاعلًا، وفي الأغلب حاسمًا في إعادة البناء

(51) J. Fr. Baraillon, «Rapport à l'Assemblée des cinq-cents sur la partie de la police qui tient à la médecine,» 6 Germinal an VI.

(52) Porcher, *Opinion*.

السياسية والاجتماعية. من هذا الباب، يعتبر تقرير كابانيس حول الإدارة الطبية أقرب في روحه إلى إصلاحات القنصلية (Consulat) منه إلى السجالات التي كانت معاصرة له. وإذا ما حاول أن يضع شروط حل عملي، فقد سعى تحديدًا في خطوطه العريضة، إلى تقديم نظرية عن المهنة الطبية.

في الحال المباشر قدم كابانيس، في المستوى العملي، حلًا لكلتا المشكلتين: مشكلة ضباط الصحة، ومشكلة الامتحانات.

في ما يخص الضباط الرؤساء، كان يمكن قبولهم في الممارسة من دون إعداد جديد، أما الآخرون فعلى العكس؛ إذ وجب أن يخضعوا إلى امتحان مخصص لهم يقتصر «على المعارف الأساسية للصنعة [للفن]، وتحديدًا على ما يتعلق بممارستها». في ما يتعلق بالدروس الطبية العادية، يجب أن تُقر من طريق امتحان يتضمن اختبارًا خطيًا وآخر شفويًا، و«اختبارات في التشريح والطب الجراحي والطب السريري الداخلي والخارجي». وما إن تطرح قرائن الكفاءة حتى يمكن إجراء انتقاء أولئك الذين ستعهد إليهم حياة المواطنين من دون خشية، وبذلك يصبح الطب مهنة مغلقة: «كل شخص يمارس الطب من دون أن يكون ناجحًا في امتحانات المدارس أو من دون المرور أمام لجان تحكيم خاصة، سيتعرض للإدانة بغرامة، وبالسجن في حالة المعاودة»[53].

إن جوهر النص يخص طبيعة المهنة الطبية. في ما مضى، كانت المشكلة تكمن في أن يوكل إليها مجال مغلق خاص بها، من دون استعادة بنيات الطوائف المهنية في النظام القديم، ومن دون الوقوع في أشكال الرقابة الحكومية التي كان يمكن أن تُذكِّر بفترة الجمعية التأسيسية.

يميز كابانيس في الصناعة، بمعناها الواسع، فئتين من المواد. الأولى هي من طبيعة حيث يكون المستهلكون أنفسهم هم من يحكمون على الفائدة منها، بمعنى أن وعي الجمهور يكفي من أجل تحديد قيمتها، وهذه القيمة المثبتة من طريق

(53) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Corps législatif. Conseil des cinq-cents. Rapport fait au nom de Commission d'instruction publique, et projet de résolution sur un mode provisoire de police médicale présentés par Cabanis, député de la Seine* (Séance du 4 messidor an VI), pp. 12-18.

الرأي [العام]، تكون خارجية بالنسبة إلى المادة ذاتها، فهي من دون أسرار ومن دون خطأ أو غموض ممكن، لأنها تكمن في الإجماع. إن فكرة تحديد قيمة ما من طريق حكم قضائي ليس لها معنى أكثر من الرغبة في أن تفرض عليها حقيقة من الخارج؛ إذ إنّ القيمة الحقيقية لا يمكن أن تكون سوى القيمة الحرة: «في وضع اجتماعي يسير جيدًا، يجب ألّا تواجه حرية الصناعة أي عقبة، يجب أن تكون كاملة وغير محدودة، كما أن تطور صناعة ما لا يمكن أن يصبح مفيدًا لمن يرعاها إلا بمقدار ما تكون مفيدة للجمهور، وينجم عن ذلك أن المصلحة العامة تندمج هنا بشكل حقيقي مع المصلحة الخاصة».

لكن، توجد صناعات لا تعتمد في مادتها وفي قيمتها على تقويم جماعي؛ إما أن هذه المواد هي من بين تلك التي تفيد في تثبيت القيمة التجارية للمواد الأخرى (كما هي حال المعادن الثمينة)، وإما أن المقصود هو الفرد البشري الذي يصبح أي خطأ بخصوصه قاتلًا. هكذا، لا يمكن أن تكون قيمةُ المادة الصناعية ثابتةً من طريق الإجماع عندما تكون بذاتها قرينة تجارية [سلعية] أو عندما تخص، بوجودها، عضوًا في الإجماع. في هاتين الحالتين، تمتلك المادة الصناعية قيمةً فعلية ليست مرئية بشكل مباشر. فهي إذًا، عرضة للخطأ والخداع، وبالتالي يجب قياسها. لكن، كيف نعطي الجمهورَ الكفء أداةَ قياس قد تنطوي تحديدًا على كفاءة؟ للإجابة نقول إنه يجب أن تفوَّض إلى الحكومة رقابة ليس على كل مادة من المواد المنتَجة (الأمر الذي سيكون مخالفًا لمبادئ الحرية الاقتصادية)، بل على المنتِج بالذات: يجب التحقق من قدرته، ومن قيمته الأخلاقية، ومن حين إلى آخر من «القيمة الحقيقية للمواد التي يبيعها وجودتها».

يجب إذًا، الإشراف على الأطباء كما الصاغة، بصفتهم رجال الصناعة الثانوية الذين لا ينتجون ثروة، إنما يعالجون مَن يقيس الثروة أو ينتجها، «ولهذا السبب يجب أن يخضع الأطباء والجرّاحون والصيادلة تحديدًا للفحص جيدًا من ناحية معرفتهم وقدراتهم وعاداتهم الأخلاقية... لا يعني ذلك إعاقة للصناعة، وليس فيه اعتداء على حرية الفرد»[54].

---

(54) Ibid., pp. 6-7.

لم يحصل اقتراح كابانيس على القبول، ومع ذلك أشار في خطوطه الرئيسة إلى الحل الذي سيتم تبنيه، كونه ينص على منح الطب كيان مهنة حرة ومحمية لازمته حتى القرن العشرين. كان قانون 19 فنتوس عام XI حول ممارسة الطب متوافقًا مع ثيمات الأيديولوجيين؛ إذ قدّر وجود تراتبية من مستويين في الجسم الطبي: الدكاترة في الطب والجراحة الذين نجحوا في واحدة من المدارس الست، وضباط الصحة الذين [يرغبون] في أن يمأسسوا، بصفة نهائية، أولئك الذين أراد كابانيس إعادة دمجهم بصفة موقتة. لسوف يخضع الدكاترة، بعد أربعة امتحانات (في التشريح والفيزيولوجيا وعلم الأمراض والوصف المنزولي والمادة الطبية والصحة العامة والطب الشرعي) لاختبار في السريريات الداخلية أو الخارجية، تبعًا لكونهم يرغبون في أن يكونوا أطباء أو جراحين. أما بالنسبة إلى ضباط الصحة الذين سيقدمون «الرعاية العادية جدًا»، فلن يدرسوا سوى لثلاث سنوات في المدارس، بل لن يكون ذلك ضروريًا؛ إذ سيكفيهم أن يقدموا ما يثبت ممارستَهم خمس سنوات ضمن المستشفيات المدنية أو العسكرية، أو ست سنوات على أنهم طلاب أو مساعدون لأحد الدكاترة، وبعد ذلك يخضعون لامتحان تجريه لجنة في الإقليم. وكل شخص، خارج هاتين الفئتين، يتورط في ممارسة الطب، سيتعرض لعقوبات تراوح بين الغرامة والسجن.

إنّ كل هذا الحراك من الأفكار والمشروعات والإجراءات بين عامي VI وXI يحمل دلالات حاسمة.

1 – من أجل تحديد الصفة المغلقة للمهن الطبية، نجحوا في عدم اللجوء إلى نماذج الطوائف المهنية القديمة، كما أفلحوا في تجنب تلك الرقابة على الأعمال الطبية ذاتها التي تنفر منها الليبرالية الاقتصادية. إن مبدأ الخيار وضبطه يقومان على مفهوم الكفاءة، أي على مجمل الإمكانات [الكامنة] التي تميز شخص الطبيب بالذات، من مثل المعرفة والخبرة، وكذلك هذه «النزاهة المعترف بها» التي تكلم عليها كابانيس[55]. إنّ الفعل الطبّي يساوي ما يساويه الشخص الذي أنجزه، وتتّبع قيمتُه الحقيقية كفاءةَ المنتِج، المعترَف به اجتماعيًا. هكذا، في داخل ليبرالية اقتصادية مستوحاة في الظاهر من آدم سميث، تتحدد «مهنة حرة» ومغلقة في آن.

---

(55) Ibid.

2- في عالم الأهلية هذا، أُدخل مع ذلك التفاوتُ في المستويات؛ فثمة من جانب «الدكاترة»، ومن الجانب الآخر «ضباط الصحة». الفارق القديم بين الأطباء والجراحين، بين الداخلي والخارجي، ما نعرفه وما نراه، أصبح مُغطّى وثانويًا من طريق هذا التمييز الجديد. لم تعد المسألة اختلافًا في الموضوع أو في الطريقة التي يبدو بها، إنما أصبحت الآن مسألة تمييز في مستوى خبرة الذات التي تعرف. ما من شك في أنه بين الأطباء والجراحين، كانت التراتبيةُ موجودةً وملحوظة ضمن المؤسسات، إلّا أنها كانت مستمدة من اختلاف بدئي في ميدان نشاطهما الموضوعي، وهي الآن قد انزاحت صوب مؤشر نوعي لهذا النشاط.

3- إنّ لهذا التمييز هدفًا ملازمًا له، وهو أن ضباط الصحة سوف يعالجون «الشعبَ الكادح والعامل»[56]. كان من المقبول في القرن الثامن عشر أن عامة الشعب، خاصة في الريف مِمن يحيون حياة أكثر بساطة وأكثر أخلاقية وأكثر صحة، كانوا مصابين بأمراض خارجية تحتاج إلى الجرّاح من دون غيره. وبدءًا من عام XI يصبح التمييز اجتماعيًّا تمامًا؛ فمن أجل أن تُعالج الشعبَ، المصاب غالبًا بـ «إصابات عارضة»، وبـ«وعكات بسيطة»، لستَ بحاجة إلى أن تكون «عالمًا ومتعمقًا في النظرية»، بل سيكون ضابط الصحة، بما يمتلك من خبرة، كافيًا. «إن تاريخ الصنعة [الفن] شأنه شأن تاريخ البشر، يثبت أن طبيعة الأشياء تمامًا مثل نظام المجتمعات المتحضرة، تتطلب بالضرورة هذا التمييز»[57]. وبالتوافق مع النظام المثالي لليبرالية الاقتصادية، فإن هرم الكفاءات يتوافق مع تراتب الطبقات الاجتماعية.

4- علامَ يقوم التمييز بين الذين يمارسون فن المعالجة؟ إن ما هو أساس في تأهيل ضابط صحة، هو سنوات التدريب التي يمكن زيادة عددها إلى ست سنوات، ثم يكمل الطبيب الدروس النظرية التي تلقاها من طريق الخبرة السريرية. وهذا الاختلاف بين التدريب والسريريات هو الذي يشكل من دون شك الجزء

---

(56) مذكور في: Jean Charles Félix Caron, *Réflexions sur l'exercice de la médecine* (Paris: impr. de Clousier père et fils, an XII [1804]).

(57) Antoine-François Fourcroy, *Corps législatif. Discours prononcé par Fourcroy, orateur du gouvernement, sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. Séance du 19 ventôse an XI*, p. 3.

الأكثر جدّية في تشريع عام XI. إنّ التدريب المطلوب من ضابط الصحة هو إمبيريقية مضبوطة، أي أن يعرف التصرف بعد أن يرى، فالخبرة تتكامل في مستوى الإدراك والذاكرة والتكرار، أي في مستوى الأنموذج. أما في السريريات فالأمر يتعلق ببنية أكثر دقة وتعقيدًا بكثير؛ إذ تتكامل فيها الخبرةُ ضمن معاينة هي في الوقت ذاته معرفة، إنه ضبط (codage) جديد بالكامل لحقل الموضوعات هو ما يدخل اللعبة. عليه، سوف تتاح الممارسة أمام ضباط الصحة، في حين **يُحتفَظ للأطبّاء** بتلقي التعليم السريري.

كان هذا التحديد الجديد للسريريات مرتبطًا بإعادة تنظيم مجال المستشفيات.

في البداية عاد [جماعة] تيرميدور وحكومة المديرين إلى المبادئ الليبرالية للهيئة التشريعية، ففي 11 تيرميدور عام III، هاجم دِلِكلوا قانون تأميم ممتلكات المستشفيات الذي كان حمّل الدولة وحدَها عبء المعونة الصحية، في حين كان يجب وضعها «تحت حماية المواساة العامة وتحت وصاية الناس الميسورين»[58]. وما بين شهري بلوفيوس وجرمينال من عام IV، أرسلت الحكومة إلى الإدارات التنفيذية (administrations) المحلية سلسلة من النشرات الدورية التي استعادت فيها، من حيث الجوهر، الانتقادات الأخلاقية والاقتصادية الموجهة، قبل الثورة بقليل أو في بدايتها، ضد مبدأ الاستشفاء (من حيث الكلفة العالية لعلاج المرض في المستشفى، وعادة الكسل التي يحرض عليها، والضيق التمويلي والبؤس الأخلاقي لعائلة محرومة من الأم أو من الأب)، ومن ثم تشكلت رغبة في أن تتضاعف المعونات المخصصة للعلاج المنزلي[59]. مع ذلك، انتهى الزمن الذي كان يُعتقد فيه بصلاحيتها العامة، والذي ساد فيه الحلم بمجتمع من دون ملاجئ ولا مستشفيات. كان البؤس واسع الانتشار - كان يوجد أكثر من ستين ألف محتاج في باريس في عام II [60]، وهو رقم كان لا ينفكّ يتزايد، فقد كانت الخشية مفرطة من الحركات الشعبية، وكان الشك كبيرًا من الاستخدام السياسي الذي

---

(58) ذكره أمبر في: Jean Imbert, *Le Droit hospitalier sous la révolution et l'empire* (Paris: [s. n.], 1954), p. 93, n. 94.

(59) Ibid., p. 104, n. 3.

(60) Soboul, *Les Sans-Culottes parisiens.*

يمكن أن يحصل من توزيع المعونات، بحيث لا يُترك لها كل نظام المعونة. ومن أجل دعم المستشفيات كما من أجل امتيازات الطب، وجب إيجاد بنية متوافقة مع مبادئ الليبرالية ومع الحاجة إلى الحماية الاجتماعية التي فُهمت على نحو غامض، حماية الفقر من طريق الغِنى، وحماية الأغنياء من الفقراء.

كان أحد أواخر التدابير التي حصلت في الجمعية التأسيسية التيرميدورية عُلّق بموجبه، في 2 برومير من عام IV، تطبيقُ قانون تأميم ممتلكات المستشفيات. بناء على تقرير جديد، من دلكلوا قدمه في 12 فندِميير عام IV، سُحب بشكل نهائي قانون 23 ميسيدور عام II، ويقضي بالتعويض عن الممتلكات المباعة بممتلكات وطنية. من هنا، أصبحت الدولة غير مكلفة أيّ التزام. وعليه، استعادت المستشفيات شخصيتها المدنية، وعُهد بتنظيمها وإدارتها إلى المديريات البلدية التي ستسمي لجنةً تنفيذية مؤلفة من خمسة أعضاء. لقد أدى تحمل البلديات [الكومونات] (communalisation) مسؤولية المستشفيات إلى تحرير الدولة من واجب المعونة، وتَرَكَ للتجمعات الضيقة عبءَ الشعور بالتضامن مع الفقراء؛ إذ تقع على عاتق كل بلدية [كومونة] (commune) مسؤوليةُ البؤس فيها والطريقة التي تحمي بها نفسها منه. وما بين الفقراء والأغنياء، ما عاد نظام الإلزام والتعويض يمر من طريق القانون الحكومي، بل من طريق نوع من العَقد يكون عرضة للتنوع في المكان وقابلًا للإلغاء في الزمان، والذي، بعد وضعه في مستوى البلديات، يصبح من مرتبة الموافقة الحرة.

أُبرم بصمت في الفترة نفسها عقدٌ من هذا النوع، لكنه كان أكثر تخفيًا وأكثر غرابة، بين المستشفى حيث يعالج الفقراء والأقسام السريرية حيث يتدرب الأطباء. وهنا أيضًا، خلال السنوات الأخيرة للثورة، تمت استعادة ما قد صيغ، كلمةً كلمة، في الفترة التي سبقتها مباشرة. المشكلة الأخلاقية الأكثر أهمية، والتي حرضت عليها فكرة السريريات، كانت على النحو الآتي: بأي حق يمكن أن يتحول مريضٌ، أجبره الفقر على المجيء طلبًا للمعونة في المستشفى، موضوعًا للمشاهدة؟ لقد احتاج مساعدةً كان أصلَها المطلق [الذات المعنية بها بالمطلق (sujet)] من حيث إنها معدة له، والآن نطلبه كي يكون موضوعًا (objet) للمعاينة، بل موضوعًا نسبيًا،

لأن ما سيُكشف فيه سيكون موجَّهًا كي تتحسن معرفة الآخرين، زد على ذلك، فإنّ السريريات تُبحث من خلال المشاهدة، وهذا الجزء الذي تقدمه السريريات، على أنه جديدٌ، يعرّضها للخطر. يلاحظ أيكان[61] (Aikin) أن طبيبًا في القطاع الخاص عليه أن يراعي سمعته، ويكون سبيله دومًا السلامة إن لم يكن اليقين، «في المستشفى يكون بمنأى عن عائق من هذا القبيل، ويمكن أن يمارس عبقريته بطريقة جديدة». ألا يتعرض جوهر معونة المستشفى بالذات إلى تأذٍّ من طريق هذا المبدأ: «إنّ مرضى المستشفيات هم، لعدد من الأسباب، الذوات [الأفراد] الأكثر صلاحية من أجل درس تجريبي»[62].

لا يوجد هنا، إن أدركنا توازنَ الأمور، أي انتهاك للحقوق الطبيعية للمعاناة، ولا لحقوق هؤلاء الذين يقع عبء بؤسهم على المجتمع. ذلك أنّ مجال المستشفى ملتبس؛ فهو من الناحية النظرية حر ومفتوح على عدم تحيّز التجربة بسبب الصفة غير التعاقدية للرباط الذي يجمع الطبيب بمريضه، لكنه مشوب بالتزامات وبحدود أخلاقية مستمدة من عقد أصم - لكنه مُلحّ - يربط الإنسان بشكل عام بالبؤس بشكله الكلي. إذا لم يقم الطبيب في المستشفى، معفيًا من أي التزام، بتجارب نظرية، فهذا بسبب أنه يخضع، منذ دخوله المستشفى، إلى تجربة أخلاقية حاسمة تقيد ممارسته غير المحدودة من طريق منظومة مغلقة للواجب. «من خلال الدخول إلى الملجأ حيث يعيث البؤس والمرض المقترنان، سوف يحس بهذه المشاعر المؤلمة، بهذه الشفقة العارمة، بهذه الرغبة المتأججة في تقديم الراحة والعزاء، وهذه المتعة الحميمة التي تتولد من النجاح، ويزيدها مشهد السعادة المنتشرة. هناك سيتعلم أن يكون متدينًا، إنسانيًا ومواسيًا»[63].

لكن، أن تنظر من أجل أن تعرف، أن تُظهر من أجل أن تدرِّس، أليس في ذلك عنف صامت، هو تعسفي بمقدار ما يصمت حول جسد مريض يحتاج إلى

(61) Jean Aikin, *Observations sur les hôpitaux, Relatives à leur construction, aux vices de l'air d'hôpital, aux moyens d'y remédier*, tr. fr. (Paris: [s. n.], 1777), p. 104.

(62) Ibid., p. 103.

(63) Jean-Joseph Menuret, *Essais sur les moyens de former de bons médecins* (Paris: [s. n.], 1791), pp. 56-57.

التخفيف، وليس إلى الإظهار؟ هل يمكن أن يكون الألم مشهدًا؟ يمكنه أن يكون كذلك، بل يجب أن يكون كذلك من طريق قانون حاذق، الذي يكمن في أنه ما من أحد يكون وحيدًا، وأن الفقير أقل من الآخرين، هو من لا يستطيع تلقي العون إلا بواسطة الغني. فيما أن المريض لا يمتلك فرصة الشفاء إلا إذا تدخل الآخرون بما لديهم من معرفة وما لديهم من موارد ورأفة، وبما أنّ ما من مريض حظي بالشفاء إلا ضمن مجتمع، يصبح من العدل إذًا، أن يتحول داءُ بعضهم خبرةً لدى الآخرين، ويصبح الألم بذلك قادرًا على الاعتلان: «الإنسان وهو يعاني، لا يكفّ عن كونه مواطنًا»... وقصة المعاناة التي اختُزل إليها، ضرورية لأشباهه، لأنها تعلمهم ما هي الأدواء التي يمكن أن تصيبهم». بيد أن المريض؛ إذ يرفض أن يعرض نفسه موضوعًا للتعليم، فإنه «يصير جاحدًا، من حيث إنه سيستفيد من الميزات الناجمة عن الإلفة الاجتماعية من دون أن يقدم ردًا للجميل»[64]. ومن طريق بنية التبادل تبرز أمام الغني فائدة الإقبال على مساعدة الفقراء المستشفين، فهو حين يدفع كي يحصلوا على العلاج، فإنه يدفع من باب أن تتحسن المعرفة بالأمراض التي يمكن أن يصاب بها هو بالذات، وسيتحول ما هو عطف على الفقير، معرفةً قابلة للتطبيق على الغني؛ «إنّ الهِبات بدافع العطف ستخفف من آلام الفقير، ومنها سوف تفيض الأنوار من أجل المحافظة على الغني. نعم، إنّ الأغنياء عطوفون، وأناس كرماء، وهذا المريض الذي ننوّمه على السرير الذي قدمتموه، يختبر الآن المرضَ الذي لن تلبثوا أن تتعرضوا له أنتم، وسواء تعافى أم قضى، فإنّ لطبيبكم وحده أن ينير مصير ذاك المرض، وبالتالي سوف يحفظ لكم حياتكم»[65].

ها هي إذًا بنود العقد الذي يبرمه الغنى مع الفقر لتنظيم الخبرة السريرية. يجد المستشفى في ظل نظام الحرية الاقتصادية إمكان أن يثير اهتمام الغني، فالسريريات تشكل انقلابًا تقدميًا للطرف الثاني في العقد، لأنها، من جهة الفقير، **الفائدةُ** التي يدفعها على الرسملة التي وافق الغني على استثمارها في المستشفى،

---

(64) Nicolas Chambon de Montaux, *Moyen de rendre les hôpitaux plus utiles à la nation* (Paris: [s. n.], 1787), pp. 171-172.

(65) M. Dulaurens, *Analyse du livre intitulé: Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine* (Paris: [s. n.], 1787), p. 12.

فائدة يجب أن تفهم بما لها من حمولة سميكة، لأن المقصود هو دفع الأذى بما يعود من مرتبة **الفائدة الموضوعية** للعلم، **والفائدة الحياتية** للغني. بذلك، يصبح المستشفى ذا عائدية للمبادرة الخاصة بدءًا من اللحظة التي تتحوّل فيها المعاناة التي تحتاج إلى تخفيف، إلى مشهد [عرْض]. فأنْ تقدم يد العون شأنٌ ينتهي بك أن تدفع لمن يفعل، وذلك بفضل محاسن المعاينة السريرية.

إن هذه الثيمات الخاصة جدًا بفكر ماقبل الثورة، التي صيغت مرات عدة، تجد معناها في ليبرالية حكم المديرين، حيث ستلقى في تلك اللحظة تطبيقًا فوريًا. كما أن التوضيح الذي قدمه دومانجون (Demangeon) في عام VII عن كيفية عمل عيادة التوليد في كوبنهاغن، يروِّج، خلافًا لمجمل الاعتراضات القائمة على الحياء والتكتم، لفكرة أنهم يستقبلون «النساء غير المتزوجات، أو اللاتي يصرّحن أنهن كذلك، ليس إلّا. يبدو أنه ما من شيء يمكن تصوره خيرًا من هذا، لأن تلك الفئة من النساء يكون شعورُها بالخَفَر أقل تعقيدًا»[66]. كذلك، فإن هذه الطبقة غير المزودة بالأخلاق، وشديدة الخطورة من الناحية الاجتماعية، ستكون ذات فائدة قصوى بالنسبة إلى العائلات الشريفة، ولسوف تجد الأخلاقُ ما يعوّض عنها في من يهينها، لأن النساء «لكونهن لَسْن في وضع ممارسة الإحسان... فهن يساهمن أقلّه في تأهيل أطباء جيدين، فيبادلن المحسنين إليهن بمثل ما حصلن عليه»[67].

تُعدّ معاينة الطبيب ادخارًا حرجًا (محشورًا) في المقايضات المحسوبة ضمن العالم الحر...

(66) Jean Baptiste Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague, pour assurer des secours à la maternité et à l'enfance* (Paris: [s. n.], an VII [s. d.]), pp. 34-35.

(67) Ibid., pp. 35-36.

الفصل السادس

عن العلامات والحالات

هذا هو التوسع غير المحدود للميدان السريري؛ «أن تعزلَ مبدأ المرض وسببه عن خليط الأعراض وغموضها، وأن تتعرف إلى طبيعته وأشكاله والاختلاطات التي تصيبه، وأن تميّز خصائصه كلها وفروقاته كلها من النظرة الأولى، وأن تفصُل كل ما هو غريب عنه من طريق تحليل سريع ورهيف، وتتنبأ بجميع الحوادث المواتية أو المؤذية التي يمكن أن تحصل في خلال فترة سيره، وتتحكم باللحظات الملائمة التي تحرّض عليها الطبيعةُ كي تجترح الحل منها، وأن تقدّر قوى الحياة وفاعلية الأعضاء، وأن ترفع طاقتها أو تخفضها بحسب الحاجة، وأن تحدد بدقة متى يجب التصرف ومتى يجب الانتظار، وأن تحسم القرار بثقة بين طرائق العلاج المتعددة التي يمتلك كل منها فوائد ومضارّ، وأن تختار ما هو أسرع وأكثر قبولًا وأنجع من هذه العلاجات، وأن تستفيدَ من التجربة، وتقتنصَ الفرص، وأن توفّق بين الحظوظ، وتقدّرَ الأخطار، وتؤديَ دور القيّم على المرضى والمتحكم بإصاباتهم، وتخففَ من آلامهم، وتهدئ من روعهم، وتخمّن حاجاتهم، وتتحمل تقلبات أمزجتهم، وتتعامل مع أطباعهم وتتحكم بإرادتهم، لا مثل طاغية فظ يحكم عبيده، إنما مثل أب عطوف يسهر على مصير أبنائه»[1].

يتضح معنى هذا النص المكتمل والمستفيض إذا ما قارناه بآخر يتوافق معه بشكل غريب على الرغم من اقتضابه: «ينبغي، جعل العلم بصريًا (أو من عمل البصر)، قدر الإمكان»[2]. ثمة مقدار كبير من القدرات، بدءًا من الإضاءة

---

(1) Charles-Louis Dumas, *Éloge de Henri Fouquet, prononcé dans la séance publique de l'École de médecine de Montpellier, le 11 novembre 1807* (Montpellier: [s. n.], 1807).

ذُكر في: Auguste Girbal, *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier* (Montpellier: [s. n.], 1858), p. 18.

(2) Marc-Antoine Petit: *Discours sur la manière d'exercer la bienfaisance dans les hôpitaux*, 3 nov. (1797); *Essais sur la médecine du cœur: Auquel on a joint les principaux discours prononcés à l'ouverture des cours d'anatomie, d'opérations et de chirurgie clinique, de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, p. 103.

البطيئة على العتمات، والقراءة الحذرة دومًا لما هو جوهري، واحتساب الزمن والمصادفات، وحتى التحكّم بالقلب والاستيلاء على الامتيازات الأبوية، كلها أشكال تتكوّن من خلالها سيادة المعاينة. فالعين التي تعرف والتي تقرر، هي العين التي تُدير وتحكم.

ما من شك في أن الطب السريري ليس المحاولة الأولى لتنظيم علم يقوم على خبرة المعاينة وقراراتها. ذلك أنه منذ النصف الثاني من القرن السابع عشر طرح التاريخُ الطبيعي على نفسه تحليلَ الكائناتِ الطبيعية وتصنيفَها تبعًا لصفاتها المرئية. كل هذا «الكنز» من المعرفة الذي تراكم منذ العصور القديمة والعصر الوسيط - حيث كان الاهتمام بفضائل النباتات، وبقدرات الحيوانات، وبالتوافقات والتداعيات [الودية] السرية - أُلقي منذ راي (Ray)[3] على هامش معارف علماء الطبيعة. في المقابل، بقي التعرفُ إلى «البنيات»، أي إلى أشكال العناصر وتوضعها المكاني وعددها وحجمها. لقد كان هدف التاريخ الطبيعي ترتيبَ معالمها وتدوينَها ضمن الخطاب والحفاظَ عليها ومقارنتها وترتيبها في مجموعات، من أجل تحديد التجاور والقرابة بين الكائنات الحية (وبالتالي وحدة الخلق). هذا من جانب، ومن جانب آخر من أجل التمييز السريع لأي فرد (وبالتالي لمكانه الفريد في الخلق).

تحتاج السريريات إلى المعاينة على قدر حاجة التاريخ الطبيعي إليها؛ الحاجة ذاتها لكن إلى حد معين: أن ترى السمات وتعزلها، أن تميز المتشابه منها والمختلف، وأن تجمعها وتصنفها في أنواع أو عائلات. كان الأنموذج الطبيعي الذي خضع له الطب بشكل جزئي في القرن الثامن عشر لا يزال فاعلًا. وحتى القرن التاسع عشر لم يتم نسيان حلم بواسيه دوسوفاج، ألا وهو بمنزلة مصنّف لينيه للأمراض؛ ذلك أن الأطباء سيتابعون لفترة طويلة استخدام مفاهيمهم عن الأعشاب في ميدان علم الأمراض. غير أن المعاينة الطبية انتظمت، فضلًا عن ذلك، حول طريقة جديدة. ففي المقام الأوّل، لم تعد المعاينة مجرّد نظرة يلقيها أي

---

(3) جون راي (John Ray) (1627-1705)، عالِم طبيعة إنكليزي، رائد في التصنيف المنتظم للعضويات، عرّف «النوع»، واستفاد منه عالم النبات السويدي لينيه. (المترجم)

مراقب، إنّما باتت معاينةُ طبيبٍ كان قد لقي الدعم من مؤسسة ونالَ منها الأهلية، هي معاينةُ الطبيب الذي بات يمتلك القدرة على القرار والتدخل. وبعدُ، هي معاينة ليست مرتبطة بشبكة البنية الضيقة (الشكل، التوضع، العدد والحجم)، بل يسعها، ويجب عليها أن تحدد التلونات والتنويعات والشواذات الطفيفة، وهي تقبض دومًا على مكامن الانحراف. وأخيرًا، هي معاينة لا تكتفي برؤية ما يبدو واضحًا بذاته، بل عليها أن تُبرِز التوقعات والأخطار؛ إذ إنها أداة حاسبة.

لن يكون من الصواب، من دون شك، أن نرى في الطب السريري، في نهاية القرن الثامن عشر، مجرد عودة إلى صفاء معاينةٍ أُثقلت على مدى طويل بمعارف خاطئة. وليس المقصود ببساطة تغييرَ مكان هذه المعاينة، أو تطبيقًا دقيقًا لقدراتها. هناك موضوعات (Objets) جديدة ستتوافر للمعرفة الطبية من حيث إن الذات العارفة تقوم في الوقت نفسه، بإعادة تنظيم نفسها وبتعديلها، وتبدأ العملَ بطريقة جديدة. وبالتالي ليس تصوُّرُ المرض هو ما تبدل في البداية، وبعده طريقةُ التعرف إليه، وليس نظام العلامات (signalétique) الذي تعرض للتعديل وبعده النظرية، إنما كل ذلك تبدل معًا، كذلك، في مستوى أكثر عمقًا؛ إذ تبدّلت صلةُ المرض بهذه المعاينة التي يمنحها نفسه ويشكّلها في الآن نفسه. على هذا الصعيد ما من تفريق يمكن القيام به ما بين النظرية والتجربة، أو بين المناهج والنتائج؛ يجب أن نقرأ البنيات العميقة لرؤية يقترن فيها الحقلُ بالمعاينة من طريق **قواعد المعرفة** التي سنقوم بدراستها في هذا الفصل بشكليها الكبيرين: البنية اللغوية الخاصة بالإشارة، والبنية الاتفاقية (العرضية) الخاصة بالحالة.

كان المرض، في الموروث الطبي للقرن الثامن عشر، يشاهَد بناءً على **الأعراض والعلامات**[4]. ولم تكن هذه ولا تلك تتميز تبعًا لقيمتها الدلالية بمقدار خصائصها الشكلية. فالأعراض - ومن هنا موقعها الملوكي [الفريد] - تُعتبر الشكل الذي يظهر به المرض، من بين كل ما هو مرئي كانت تعتبر الأقرب إلى الجوهر، وإلى طبيعة المرض العصيّة على البلوغ، فهي انتساخه الأول. فالسعال

(4) تشير «العلامة» إلى خاصية موضوعية يستقصيها الطبيب، مقابل «العرَض»، وهو شعور ذاتي يحسّ به المريض. (المترجم)

والحرارة والألم الجانبي وضيق التنفس ليست هي التهاب الجنب بالذات، ذلك أن هذا المرض لا يتاح للحواس و«لا ينكشف إلا بالتفكير والتحليل»، ولكنها تشكل «عرَضه الجوهري» لأنها تسمح بتعيين حالةٍ مرضية (مقابل الصحة)، وجوهرٍ مرضي (مختلف مثلًا عن ذات الرئة)، وسببٍ مباشر (الانصباب المصلي)[5]. فالأعراض تشِفّ على صورة المرض الثابتة، المتأخرة قليلًا، المرئية والمخفية.

أما العلامة فيه فتعلنُ، تتكهن (Pronostique) (أي تُنذر)، ما سوف يحدث، كما تُعلن السوابقَ، أي ماذا حدث سابقًا، والتشخيص(Diagnostique)، أي ما الذي يحصل حاليًا. وما بين العلامة والمرض تخيم مسافة كاملة لا تعبرها من دون أن تشدد عليها، لأنها [العلامة] تظهر مواربة، وغالبًا بشكل غير متوقع. إنها لا تقدم ما يجب معرفته، لكن بدءًا منها نستطيع، في الحد الأقصى، أن نضع خطوط التمييز الكبرى؛ تمييز يتقدم رويدًا رويدًا في أبعاد المخفي. فالنبض، مثلًا، يفضح القوى غير المرئية وانتظامَ الدوران [الدموي]، كذلك تكشف العلامة عن الزمن، مثل ازرقاق الأظفار الذي يُعلن من دون لبس عن الموت، أو نوبات اليوم الرابع التي تنبئ بالشفاء في الحميات المعوية. هكذا، تشير العلامة من خلال المخفي إلى الأبعد والتحتي والمتأخر. فهي تخص المحصلةَ، الحياةَ والموتَ، أي الزمنَ، وليس هذه الحقيقة الساكنة، هذه الحقيقة المعطاة والمختبئة التي تبنيها الأعراض بشفافية في ظواهرها.

هكذا، كان القرن الثامن عشر يدوّن حقيقة المرض المزدوجة، الطبيعية والدراماتيكية [المتعلقة بسير المرض]، فأسس بهذا الشكل كلًا من الحقيقة المتعلقة بمعرفةٍ، والإمكان المتعلق بالممارسة. إنها بنية مواتية وهادئة، تتوازن فيها منظومةُ **الطبيعة – المرض** مع أشكال مرئية متجذرة في المخفي، ومنظومةُ **الزمن – المحصلة** التي تستبق المخفي بفضل تحديدٍ لمعالم المرئي.

توجد هاتان المنظومتان من أجل نفسيهما، واختلافُهما واقعة طبيعية ينتظم فيها الإدراك الطبي من دون أن يكوّنها.

---

(5) يُنظر: George Zimmermann, *Traité de l'expérience*, tr. fr, t. 1 (Paris: [s. n.], 1774), pp. 197-198.

يرتبط تشكل المنهج السريري بظهور معاينة الطبيب في حقل العلامات والأعراض. ويؤدي الاعتراف بحقوقه التكوينية إلى محو الاختلاف المطلق بينها وإلى المسلّمة القائلة إنه من الآن فصاعدًا سوف يكون الدال (العلامة والعرض) شفافًا (ودالًا) بالكامل على المدلول الذي يظهر من دون إخفاء ومن دون أثر، بحقيقته الأصلية، وإنّ كينونة المدلول - لب المرض - سوف تُستنفد [ستُستوفى] بكاملها ضمن تركيب الدال المعقول.

1 - الأعراض تشكل طبقة أولية دالة ومدلولة في آن

ما من جوهر مرضي وراء الأعراض. كل شيء داخل المرض هو ظاهرة بنفسها، ومن هذه الناحية، فإن الأعراض تؤدّي دور الطبيعة البسيط والأوّلي:

«يشكل تجمعُها ما ندعوه المرض»[6]. فهي ليست شيئًا آخر سوى حقيقة مقدمة بكاملها إلى المعاينة، ولا يحيل رابطُها وكيانها على جوهر، إنما يشيران إلى كلية طبيعية تمتلك مبادئ تكوينها وأشكالها المنتظمة زمنيًا إلى هذا الحد أو ذاك فحسب. «المرض هو كلٌّ لأن في الإمكان أن ننسب إليه عناصرَه، وله هدفٌ، لأن في الإمكان احتساب نتائجه، فهو إذًا كلٌّ متوضع ضمن حدَّي الغزو والنهاية»[7]. بهذا الشكل، فإن العرض محروم من دوره كمؤشر مهيمن، كونه ظاهرة لقانون ظهور فحسب، فهو يقع في مستوى الطبيعة.

لكنّ الأمر ليس كذلك بالتمام. فثمة شيء ما، في فورية العرَض، يدل على المرَضي، يميّزه بشكل صريح ومحسوم عن ظاهرة الحياة العضوية: «نقصد بكلمة ظاهرة كل تبدل ملحوظ في الجسم السليم أو المريض، ومن هنا القسمة إلى ما ينتمي إلى الصحة وما يدل على المرض؛ يختلط هذا الأخير بسهولة بالأعراض أو مظاهر المرض المحسوسة»[8]. ومن طريق هذا التعارض البسيط مع أشكال

---

(6) Jean Louis Victor Broussonet, *Tableau élémentaire de la séméiotique ou de la connaissance des signes de la maladie* (Montpellier: impr. de Tournel, père et fils, an VI [s. d.]), p. 60.

(7) J. M. Audibert-Caille, *Mémoire sur l'utilité de l'analogie en médecine* (Montpellier: [s. n.], 1814), p. 42.

(8) Broussonet, p. 59.

الصحة، يتخلى العرَض عن سلبيته كظاهرة طبيعية ويصبح دالًا على المرض، أي على نفسه إذا أخذناه بكليته، لأن المرض ليس سوى تجميع للأعراض. [يوجد هنا] غموض غريب لأن العرَض في وظيفته الدالة، يحيل في آن على الرابط في ما بين الظواهر، [أي] على ما يكوّن كليتها وشكل وجودها المشترك، وعلى الاختلاف المطلق الذي يفصل الصحة عن المرض، فهو يدل إذًا، من طريق الحشو، على كلية ما هو عليه، بسبب ظهوره، وإقصاء لما ما ليس هو عليه. وهو في وجوده كظاهرة بحت يُعتبر بشكل لا انفصام فيه، طبيعةَ المرض الوحيدة، والمرضُ يكوّن طبيعته الوحيدة كظاهرة نوعية. فعندما يكون دالًا نسبةً إلى نفسه، يكون إذًا مدلولًا مزدوجًا، من طريق نفسه ومن طريق المرض الذي يضعه، وهو يحدد خواصه، مقابلَ الظواهر غير المرضية، لكن باعتباره مدلولًا (من طريق نفسه أو من طريق المرض) فإنه لا يمكن أن يتلقى معناه إلا من فعل أكثر قِدمًا، ولا ينتمي إلى نطاقه؛ من فِعل يجعله شموليًا، ويعزله، أي من فِعل يحوّله علامةً بشكل مسبق.

إنّ هذا التعقيد في بنية العرَض ماثلٌ في كامل فلسفة العلامة الطبيعية، ولا يفعل الفكر السريري سوى أن ينقل، ضمن مصطلح الممارسة الأكثر اقتضابًا وفي الأغلب الأكثر تشويشًا، شكلًا تصوريًا كان شكله المنطقي متوافرًا بكامل مداه عند كوندياك[9] (Condillac). إن العرض، ضمن التوازن العام للتفكير السريري، يؤدّي إلى حد ما دور لغة الحركة[10]. فهي على غراره مستمدّة من حركة الطبيعة العامة، كما أن قوتها في الظهور معطاة بشكل بدائي وبشكل طبيعي بمقدار «الغريزة»، التي تحمل شكل اللغة الأولي هذا[11]، إنها المرض في حالة ظهوره، مثلما أن لغة الحركة هي الانطباع ذاته ضمن الحيوية (vivacité) التي يطيلها ويصونها ويعيدها إلى شكل خارجي هو من بذرة حقيقته الداخلية ذاتها. لكن يستحيل من الناحية

---

(9) كوندياك (Étienne Bonnot de Condillac) (1714-1780): فيلسوف واقتصادي فرنسي، ممثّل للتيار الإمبيريقي [التجريبي]، ودور الإدراك الحسي، وقد مارس بذلك تأثيرًا مهمًا في فرنسا وخارجها، يعتبر أن مصدر أفكارنا يكمن في الحواس، وبالتالي تحصل المعرفة من طريق الاختبار والتعلم بواسطة الكائنات والأشياء. (المترجم)

(10) لغة الحركة (إشارات، صراخ...) هي التي تسبق اللغة الملفوظة بحسب كوندياك. (المترجم)

(11) Étienne Bonnot de Condillac, «Essai sur l'origine des connaissances humaines,» dans: *Oeuvres complètes*, t. I (Paris: impr. de C. Houel, an VI [1798]), p. 262.

التصورية أن تتخذ هذه اللغة المباشرة معنى بالنسبة إلى معاينة شخص آخر، إن لم يتدخل فعلٌ آتٍ من مكان آخر، فعلٌ استخدمه كوندياك مسبقًا وهو يضفي الوعي على الذاتين الصامتتين، المتخيلتين في حركتهما الفورية[12]، وأخفى طبيعته الفريدة والمهيمنة من خلال إدراجها ضمن حركات الغريزة التواصلية والمتزامنة[13]. عندما يطرح كوندياك لغة الحركة في أصل الكلام، فإنه يسرِّب فيها بشكل سري البنية اللغوية الملتصقة بكل فعل من أفعال الذات المتكلمة، وذلك بتجريدها من أي صورة ملموسة (تركيب [نحوي]، كلمات وأصوات). ومذّاك صار في إمكانه أن يستخلص من لغة الحركة اللغة بحد ذاتها، لأنه كان أقحم فيها مسبقًا إمكان اللغة. كذلك، قُلِ الأمر نفسه في السريريات بما خصّ العلاقة بين لغة الحركة هذه وهي العرض، وبنية العلامة اللغوية الصريحة.

2- تدخل الوعي هو الذي يحول العرَض علامةً

إنّ العلامات والأعراض شيء واحد ويقولان الشيء نفسه. ما عدا أن العلامة تقول هذا الشيء ذاته الذي هو العرض تحديدًا. فالعلامة في حقيقتها المادية تتماهى بالعرَض تمامًا، وهذا العرض هو حامل العلامة الشكلي الضروري. إذًا، «ما من علامة من دون عرض»[14]، لكن ما يجعل العلامةَ علامةً لا تنتمي إلى العرض، بل إلى نشاط يفِدُ من الخارج. لذا، فإن «كل عرض هو علامة» بحكم القانون، «لكن ليست كل علامة عرضًا»[15]، بمعنى أن مجمل الأعراض لا يتوصل أبدًا إلى استيفاء حقيقة [واقعية] العلامة. فكيف تتم هذه العملية التي تحوّل العرض عنصرًا دالًا، وتدل مباشرة على المرض باعتباره حقيقة العرَض المباشرة؟

(للإجابة نقول) من طريق عملية تجعل كامل حقل التجربة مرئيًا لها في كل لحظة من لحظاته، وتبدد بنياته الضبابية.

---

(12) Ibid., p. 260.

(13) Ibid., pp. 262-263.

(14) Augustin-Jacob Landré-Beauvais, *Séméiotique, ou Traité des signes des maladies* (Paris: [s. n.], 1813), p. 4.

(15) Ibid.

- عملية تجميع من خلال المقارنة بين العضويات: فالتورم والاحمرار والحرارة والألم والخفقان والشعور بالتوتر، تصبح علامة تفاعل التهابي منتشر (phlegmon) ما دمنا نقارن ما بين يد وأخرى، وبين فرد وآخر[16].

- عملية تختزن في الذاكرة السير الوظيفي الطبيعي: فالزفير البارد لدى شخص هو علامة على فقدانه الحرارة الحيوانية، وبالتالي على «خَوْر جذري في القوى الحيوية وانهيارها الوشيك»[17].

- عملية تسجيل تواترات التزامن أو التعاقب: «فما العلاقة القائمة بين لسان مطلي وارتعاش الشفة السفلى، والميل إلى التقيؤ؟ نجهل ذلك. لكن المشاهدة أرتنا في معظم الأحيان أن الظاهرتين الأوليين ترافقان هذه الحالة، وهذا يكفي كي تصبحا في المستقبل علامتين»[18].

- أخيرًا عملية تستقصي الجسم، في ما هو أبعد من المظاهر الأولى، وتكشف في تشريح الجثة عن مرئي في ما هو مخفي. هكذا، أظهر فحص الجثث، في حالات التهاب الجنب والرئة المترافقة مع تقشع، أن الألم الذي توقف فجأة والنبض الذي أصبح شيئًا فشيئًا غير محسوس، هما علامتان على تكبد (hépatisation) الرئة.

يصبح العرَض إذًا علامة أمام معاينة حساسة للاختلاف، للتزامن أو التعاقب، وللتواتر. إنها عملية متمايزة بشكل عفوي ومكرسة للمجمل وللذاكرة، وكذلك يسعها التقدير، وبالنتيجة هي فعل يجمع، بحركة واحدة، العنصرَ والرابط الذي يوحّد ما بين العناصر. بهذا لا يعدو الأمر، في الأساس، وضعَ تحليل كوندياك قيد التطبيق في الفهم الطبي. أليس المقصود هنا وهناك ببساطة «توليف أفكارنا وتفكيكها لنجعل منها مقارنات مختلفة، كي نكتشف بهذه الوسيلة الصلات التي تقوم في ما بينها، والأفكار الجديدة التي يمكن أن تنتجها»[19]؟ يمتلك التحليل

(16) Jean Pierre Favart, *Essai sur l'entendement médical, suivi d'une nouvelle méthode pour apprendre la médecine [et d'indications thérapeutiques]* (Paris: [s. n.], 1822), pp. 8-9.

(17) Landré-Beauvais, p. 5.

(18) Ibid., p. 6.

(19) Condillac, p. 109.

والمعاينة الطبية كلاهما هذه السمة المشتركة في ألّا يقوما بالتوليف والتفكيك إلا لإظهار تنظيم هو النظام الطبيعي بالذات. إنّ «هذا التحليل هو سر الاكتشافات الحقيقي لأنه يعيدنا إلى أصل الأشياء»[20]. وبالنسبة إلى السريريات، فإن هذا الأصل هو نظام الأعراض الطبيعي، وشكل تعاقبها أو تحديدها المتبادل. وما بين العلامة والعرَض، يوجد اختلاف حاسم لا ينال قيمته إلا على أساس تطابق جوهري. فالعلامة هي العرض بالذات، لكن ضمن حقيقته الأصلية. أخيرًا، يرتسم في أفق التجربة السريرية إمكان قراءة شاملة، خالية من الغموض ومن دون أثر، بالنسبة إلى الطبيب الذي بلغت معارفه «أعلى درجات الإتقان، يمكن الأعراض كلها أن تصبح علامات»[21]. ولسوف تتكلم المظاهر المرَضية كلها لغةً واضحة ومنظمة. وسوف نكون في النهاية على مستوى واحد مع شكل المعرفة العلمية الصافي والمكتمل الذي عناه كونديالك، باعتباره «لغة متقنة».

3- كينونة المرض تقبل الإفصاح بالكامل عن حقيقتها

«إن العلامات الخارجية المأخوذة في حالة النبض والحرارة والتنفس ووظائف الإدراك، والتغيير في سحنة الوجه، والإصابات العصبية أو التشنجية، وفقدان الشهيات الطبيعية، تشكل من خلال طرائق مشاركاتها المختلفة لوحاتٍ بارزة إلى حد ما أو شديدة الوضوح... يجب اعتبار المرض كلًا لا يتجزأ منذ بدايته وحتى نهايته، مجملًا منتظمًا للأعراض النوعية وتتاليًا لمراحل»[22]. لم تعد المسألة مقتصرة على أن نقول **بماذا** نتعرف إلى المرض، إنما أن ننشئ تاريخًا، في مستوى الكلمات، يغطي كينونته الشاملة. وبحضور المرض الشامل ضمن أعراضه، تتوافق شفافيةُ الكينونة المرضية، من دون عائق، مع تركيب لغة وصفية: تشاكلٌ أساسٌ بين بنية المرض والشكل اللفظي الذي يحيط به. إن فعل الوصف، عن حق، هو القبض

(20) Ibid.

(21) J. B. E. Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine* (Paris: [s. n.], 1810), p. 102.

(22) Philippe Pinel, *La Médecine clinique Rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultat d'observations sur les maladies aigues, faites à la Salpêtrière*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1815), «Introduction,» p. vii.

على الكينونة، وبالمقابل، فإنّ الكينونة لا تمنح ذاتها للرؤية المتصلة بالأعراض، وبالتالي الجوهرية، من دون أن تهب نفسها لسيادة لغة أخرى، تكون بمثابة كلام الأشياء بالذات. في طب الأنواع، لم يكن في إمكان طبيعة المرض ووصفه أن يتقاطعا من دون لحظة وسيطة شكلت «اللوحة» ببعديها. وفي الطب السريري، ما يُرى أو ما يُقال يتوصلان بادئ ذي بدء إلى حقيقة المرض الظاهرة، وبالتالي هنا تكمن بدقة كينونته الكاملة؛ إذ لا يوجد مرض إلّا في عنصر مرئي، وبالتالي في ما يقبل القول.

إنّ السريريات تُقحِم العلاقة، الرئيسة لدى كوندياك، بين الفعل الإدراكي وعنصر اللغة. ذلك أن وصف الطبيب، مثله مثل تحليل الفيلسوف، يُعرب عما هو معطى من طريق العلاقة الطبيعية بين عملية الوعي والعلامة. وفي هذه الاستعادة، يتعيّن نظام التسلسلات الطبيعية؛ فتركيب اللغة، بعيدًا من إفساد ضرورات الزمن المنطقية، يعيد بناءها في تمفصلها الأكثر أصالة: «التحليل ليسَ إلّا مشاهَدةَ صفاتِ شيءٍ ما في نظامٍ متعاقب وذلك من أجل محض هذه الأخيرة في الذهن، النظامَ المزامنَ الذي توجد فيه... لكن، ما هو هذا النظام؟ تشير الطبيعة إليه من ذاتها، إنه النظام الذي تقدَّم ضمنه الأشياء»[23]. لا يؤدّي نظام الحقيقة سوى أمر واحد مع نظام اللغة، لأن كلًا منهما يعيد بناء الزمن، بشكله الضروري والقابل للإفصاح، أي بشكله **الخطابي**. لقد أصبح تاريخ الأمراض الذي منحه سوفاج معنى مكانيًا غامضًا، يأخذ الآن بعده الزمني المتعاقب. وعلى هذا النحو، يحتل سير الزمن في بنية هذه المعرفة الجديدة، الدورَ الذي اتخذه في الطب التصنيفي، من الحيز المسطح في اللوحة المنزولية.

اختفى التعارض بين الطبيعة والزمن، بين ما يَظهر وما يُعلِن، واختفى كذلك التقسيم بين جوهر المرض وأعراضه وعلاماته، واختفت أخيرًا العملية والمسافة اللتان كان المرض يظهر من خلالهما، لكن بمثابة العودة إلى حيث كان، ومن خلالهما كان يخون نفسه، إنما من بُعدٍ وفي عدم اليقين. لقد تخلص المرض من بنية المرئيّ الدوارة هذه التي تجعله مخفيًا، وللمخفي الذي كان يجعله يَرى،

(23) Condillac, cité par: Philippe Pinel, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (Paris: Maradan, an VI [s. d.]), «Introduction,» p. xi.

وذلك كي يتبدد في تعدد الأعراض المرئي، ولا سيما تلك التي تدل على معناه بالتمام والكمال. لم يعد الحقل الطبي يتعرف إلى هذه الأنواع الصامتة، المقدَّمة أو المسحوبة، وسوف ينفتح على شيء ما يتكلم دومًا لغةً للمعاينة متحدة في وجودها ومعناها، تحل لغزه - لغة مقروءة وقارئة بشكل لا انفصام فيه.

في تشاكلها مع الأيديولوجيا، تقدم التجربة السريرية لها ميدانًا مباشرًا للتطبيق. ليس بمعنى أن الطب عاد، ضمن الشبكة التي افترضها كوندياك، إلى احترام إمبيريقي للشيء المدرَك، إنما من باب أنه صُمِّمت، ضمن السريريات كما في التحليل، عُدةُ ما هو واقعي تبعًا لأنموذج اللغة. [تمتلك] معاينةُ الطبيب وتأمل الفيلسوف قدرات متماثلة، لأنهما يفترضان مسبقًا بنية ذات موضوعية متماثلة. ففيها يُستنفد كامل الكينونة ضمن مظاهر هي دالّها ومدلولها، وحيث المرئي والظاهر يلتقيان في هوية، في الأقل، افتراضية، وحيث المدرَك وما يقبل الإدراك يمكن أن يُبنيا بالكامل في لغةٍ يعلِنُ شكلُها الصارم عن أصلها. إدراك الطبيب الخطابي [الاستدلالي] والتأملي، وتأمل الفيلسوف الخطابي [الاستدلالي] عن الإدراك يأتيان ليلتقيا في تناضد تام، **لأن العالم بالنسبة إليهما هو نظير اللغة**.

الطب بصفته معرفة غير يقينية: تلك هي ثيمة قديمة كان القرن الثامن عشر متقبلًا إياها بشكل خاص؛ إذ كان ماثلًا فيها، ما كان التاريخ القريب يشدد عليه، عنينا به التعارضَ التقليدي بين فن الطب ومعرفة الأشياء الخاملة: «يُعنى علم الإنسان بموضوع شديد التعقيد، وهو يشتمل على الكثير من الوقائع المتنوعة جدًا، ويعمل على عناصر، هي من الدقة ومن العدد ما يعجزه عن تقديم الاتّساق والوضوح واليقين لتوليفاتها الهائلة، وهي الصفات التي تتصف بها العلوم الفيزيائية والرياضيات»[24]. لقد كان عدم يقين علامة دالّة على التعقيد من جانب الموضوع، أما علامة النقص فدالة على جانب العلم، وما من أساس موضوعي أعطي للصفة الحدسية (conjectural) للطب خارج العلاقة بين هذه القلّة المفرطة وذلك الغنى الفائض.

---

(24) Charles-Louis Dumas, *Discours sur les progrès futurs de la science de l'homme* (Montpellier: impr. de Tournel père et fils, an XII [1804]), pp. 27-28.

من هذه النقيصة، قدم الطب في الأعوام الأخيرة من القرن الثامن عشر عنصرًا إيجابيًا للمعرفة. ففي عصر لابلاس[25] (Laplace)، سواء أكان بتأثيره أم من خلال حركة فكرية مماثلة، اكتشف الطبُّ أن في الإمكان التعامل مع عدم اليقين بشكل تحليلي، على غرار محصلة عدد معين من درجات اليقين التي يمكن عزلها وتتقبل حسابًا صارمًا. بهذا الشكل، إن هذا التصور المشوش والسلبي الذي استمدّ معناه من معارضة تقليدية حيال المعارف الرياضياتية، سوف يتمكن من العودة إلى تصور مؤكد وإيجابي، معطى إلى نفاذ تقنية تُنسب إلى الحساب.

كان هذا الانقلاب في التصور حاسمًا؛ إذ فتح أمام الاستقصاء ميدانًا تمكنت فيه كل واقعة ملحوظة ومعزولة، بعد مضاهاتها مجملَ الوقائع، من أن تأخذ مكانها ضمن سلسلة من الحوادث التي كان التقاؤها أو افتراقها يقبل القياس من حيث المبدأ فجعل (الانقلاب) من كل عنصر مدرَكٍ **حدثًا مسجَّلًا**، ومن التطور غير اليقيني الذي يقع فيه، **سلسلةً اتفاقية**. إلى ذلك، قدّم للحقل السريري بنية جديدة يكون الفرد فيها موضع المساءلة لا الشخص المريض، بمقدار ما تتيحه الحيثية المرَضية التي تقبل التكرار إلى ما لا نهاية لدى جميع المرضى المصابين إصابات متشابهة، وحيث كثرة المشاهدات لم تعد ببساطة نفيًا أو إثباتًا، إنما التقاءً متدرجًا، وغير محدود نظريًا، وحيث الزمن، في النهاية، لا يكون عنصرَ عدم التوقع الذي قد يُحجب، والذي ينبغي السيطرة عليه من طريق معرفة استباقية، إنما هو يتكامل لأنه يقدم خلال سيره الخاص عناصر السلسلة بصفتها درجات اليقين. ومن طريق إدخال التفكير الاحتمالي، جدّد الطب بالكامل **قيم الإدراك الحسي** في ميدانه. وصار الحيّز الذي يجب أن يُمارَس فيه انتباهُ الطبيب حيزًا غير محدود، مكوّنًا من حوادث يمكن عزلها، وكان شكل تماسكها من مرتبة السلسلة. إن العلاقة الجدلية البسيطة بين النوع المرَضي والفرد المريض، لحيّزٍ مغلق وزمن غير مؤكد، هي من حيث المبدأ مفككة. فالطب لم يعد مكرسًا لرؤية الحقيقة الأساس في ظلّ الحالة الفردية المحسوسة، فهو أمام مهمة إدراك حسي غير محدود للحوادث في ميدان مفتوح. وتلك هي السريريات.

---

(25) لابلاس (Laplace) (1749-1827)، عالِم فلك ورياضيات وفيزياء فرنسي. اهتم بحساب الاحتمالات. أدّى دورًا سياسيًا في فترة الإمبراطورية وبعد عودة الملكية، عُيِّنَ وزيرًا للداخلية بعد 18 برومير. (المترجم)

غير أن هذا المخطط لم يتصف في تلك الحقبة بالجذرية، ولم يحظَ بالتفكير، بل ولم يُبنَ بشكل متماسك قط. فهو لم يكن بنية مجملة بقدر ما كان ثيماتٍ بنيوية، تتراكب من دون أن تكون قد وجدت أساسها. وفي حين أنه بخصوص الشكل السابق (علامة - لغة) كان التماسك حقيقيًّا وإن يكن غير كافٍ تمامًا، فإن الاحتمالية هنا تُستدعى دومًا على أنها شكل توضيحي أو تبريري، لكن درجةَ التماسك التي تبلغها ضعيفة. لم يكن السبب في نظرية الاحتمالات الرياضياتية، بل في الشروط التي كانت تجعلها قابلة للتطبيق. إن إحصاء الوقائع الفيزيولوجية أو المرضية، على غرار إحصاء جماعة سكانية أو سلسلة من الحوادث الفلكية، لم يكن ممكنًا من الناحية التقنية في فترة كان حقل الاستشفاء ما زال إلى حينه على هامش التجربة الطبية، وكان يبدو غالبًا كاريكاتورًا لها أو مرآتها المشوِّهة. ذلك أن هيمنة مفاهيم الاحتمالية في الطب كانت تنطوي على تثمين مجال الاستشفاء، وهذا أيضًا، لا يمكن أن يُتعارَف عليه على أنه مكانٌ للتجربة إلا من طريق تفكير احتمالي بشكل مسبق. من هنا، صفةُ عدم التمام وعدم الثبات والجزئية لمصلحة اليقينيات، وكذلك حيثيةُ أن يكون قد اكتشف أساسًا مشوشًا، مخالفًا لمعناه التكنولوجي الداخلي. هكذا حاول كابانيس تبرير أدوات السريريات التي كانت قيد الإعداد، بمساعدة تصورٍ كان مستواه التقني والنظري ينتمي إلى ترسبات أكثر قدمًا. فهو لم يهمل تصور عدم اليقين القديم إلا كي يفعّل التصور المتكيف بشكل أفضل، لما في الطبيعة من وفرة حرة وعديمة الدقة. فهذه الوفرة «لا تقدم شيئًا في التحديد الدقيق؛ إذ يبدو أنها أرادت أن تحتفظ لنفسها بنطاق معين كي تترك للحركات التي تثيرها، هذه الحريةَ المنتظمة التي لا تسمح لها [للحركات] بالخروج عن النظام، بل تجعلها أكثر تنوعًا وتقدم لها مزيدًا من العناية»[26]. غير أن قسم النص المهم والحاسم يكمن في الملاحظة المرفقة الآتية: «هذا النطاق يتوافق تمامًا مع النطاق الذي تستطيع الصنعة [الطب] أن تتخذه في الممارسة، أو بالأحرى يزودها بالدقة». أما عدم الدقة الذي يعزوه كابانيس إلى حركات الطبيعة فلا يعدو كونه فراغًا متروكًا لتسكنَه العدةُ التقنية من أجل إدراك الحالات، ولتُؤسَّس فيه. وإليكم اللحظات الأساسية.

---

(26) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Du Degré de certitude de la médecine*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1819), p. 125.

1- **تعقيد التوليف**: كان الوصف المنزولي في القرن الثامن عشر يتضمن شكلًا للتجربة حيث إن الظواهر في عَرْضها الملموس، بما فيها من تشويش وتعقيد، كانت تتكشف، بشكل مباشر تقريبًا، عن جواهر يضمن لها التعميمُ المتزايد تعقيدًا متناقصًا. فالصنف كان أبسط من النوع الذي كان بدوره أبسط من المرض الموجود، بكل ظواهره وكل تبدلاته عند الفرد المفترض. ففي نهاية القرن الثامن عشر، وفي حدود للتجربة كما حددها كوندياك، لا تصادَف البساطة في العمومية الجوهرية، إنما في المستوى الأولي للمفترَض، في العدد الصغير للعناصر المتكررة بشكل لانهائي. ليس صنف الحميّات هو ما يمكن اعتباره مبدأ المعقولية، بفضل فهم تصوّره فهمًا ضعيفًا، إنما المبدأ ماثل في العدد الصغير من العناصر اللازمة لتكوين حمّى في جميع الحالات الملموسة حيثما وجدت. إنّ الاختلاف التجميعي (combinatoire) للأشكال البسيطة يؤلف التنوع الإمبيريقي: «إزاء كل حالة جديدة، قد نظنّ أن هذه وقائع جديدة، لكنها لا تعدو كونها توليفات [توافقيات] (combinaison) أخرى، وإن هي تنويعات أخرى؛ ففي الحالة المرضية لا يوجد قطّ سوى عدد ضئيل من الوقائع الأساسية، أما الباقي فينجم كله عن امتزاجه وعن درجات كثافته المختلفة. فالنظام الذي يظهر فيه، وأهميته، وعلاقاته المختلفة، تكفي من أجل توليد جميع الضروب من الأمراض»[27]. بالنتيجة لم يعد من الضروري أن يعزى تعقيد الحالات الفردية إلى هذه التغيرات غير المضبوطة التي تسبب اضطرابًا في الحقائق الجوهرية، وتجبرنا على ألا نفك رموزها إلا في فعل التعرُّفِ الذي يهمل ويجرد؛ سوف يكون في الإمكان الإمساك به [للتعقيد] والتعرف إليه بذاته، بدقة كاملة لكل ما يظهر، إذا ما خضع للتحليل تبعًا لمبادئ التوليفات [التوافقيات]، أي إذا حددنا مجمل العناصر التي تؤلفه وشكلَ هذا التركيب. وعليه، فأن يحصّل المرء المعرفة يعني أن يعاود توليف الحركة التي تساهم الطبيعة فيها... بهذا المعنى، تخضع معرفة الحياة والحياة نفسها إلى قوانين النشوء ذاتها - في حين أنه، في التفكير التصنيفي، لا يمكن أن يقوم هذا التوافق إلا مرة واحدة وضمن العقل الإلهي، وفي الحالة هذه بات لتقدم المعرفة الأصل نفسه، وقد صار مأخوذًا في الصيرورة الإمبيريقية ذاتها التي لتقدُّم الحياة. لقد شاعت

(27) Ibid., pp. 86-87.

الطبيعة أن يكون مصدرُ معارفنا هو ذاته مصدر الحياة، (وبالتالي) توجّب علينا أن نتلقى انطباعات كي نحيا، كما توجّب علينا أن نتلقى انطباعات كي نعرف»[28]، أما قانون التطور هنا وهناك فهو قانون توليف هذه العناصر.

2- **مبدأ التماثل**: أظهرت الدراسة التوليفية [التوافقية] للعناصر أشكالًا متماثلة من الوجود المشترك أو التعاقب تسمح بتعيين أعراض وأمراض. وكان طب الأنواع يستخدمها أيضًا في الكشف عن سر الظواهر المرضية. فقد كان التشابه في الاضطرابات بين حالة وأخرى معروفًا، كما هي الحال في مظهر أعضاء التكاثر بين نبتة وأخرى. لكن هذه التماثلات كانت تقوم على معطيات شكلية خامدة فحسب. كان الأمر يتعلق بأشكال مرئية خطوطها العامة متراكبة، وبـ «حالةٍ غير فاعلة وثابتة للأجسام، حالة غريبة عن الطبيعة القائمة للوظيفة»[29]. [أما] التماثلات التي كانت تستند إليها المعاينة السريرية كي تتعرف إلى العلامات والأعراض لدى كل المرضى، فإنها تعود إلى مرتبة أخرى؛ إذ إنها «تقوم على الصلات القائمة أولًا بين الأقسام المكوِّنة مرضًا واحدًا، ثم بين مرض معروف ومرض يجب أن يُعرف»[30]. بهذا الفهم للتماثل، فإن هذا الأخير لم يعد تشابهًا ذا قرابة وثيقة إلى حد ما ويتلاشى بمقدار ما نبتعد من الهوية الجوهرية؛ إنه تشاكل في الصلات بين العناصر، يقوم على منظومة من العلاقات والأفعال المتبادلة، على حسن أدائه الوظيفة أو سوء أدائها. هكذا، فإن ضيق التنفس يُعتبر ظاهرة نجدها تحت خصائص شكلية مختلفة قليلًا في التدرن والربو (asthme) وأمراض القلب وذات الجنب وداء الحفر [أسقربوط] (scorbut)، لكن تعليق أهمية كبيرة على تشابه كهذا سيكون وهمًا مضللًا وخطرًا، ذلك أن التماثل المثمر الذي يعيّن هوية عرض ما، هو صلة مصانة مع وظائف أخرى أو اضطرابات أخرى. فالوهن العضلي (الذي نصادفه في الاستسقاء (hydropisie))، والسحنة الشاحبة (المشابهة للشحوب في الاختناقات)، والبقع الجلدية (كما في الجدري (variole)) واحتقانات اللثة (الشبيهة بتلك التي يحرض عليها القلح (tartre))، تشكل كوكبة يشير الوجود

---

(28) Ibid., pp. 76-77.

(29) Audibert-Caille, p. 13.

(30) Ibid., p. 30.

المشترك للعناصر فيها إلى تفاعل وظيفي خاص بداء الحفر[31]. إن التماثل في هذه الصلات هو ما سيسمح بتعيين مرض ما ضمن سلسلة من الأمراض.

لكن هناك ما هو أكثر من ذلك؛ إذ يتمكن مبدأ التماثل في المرض الواحد وعند مريض واحد، أن يحصر فرادة المرض كلها. واستخدم أطباء القرن الثامن عشر مفهوم «الاختلاط (complication)»، بعد مفهوم التداعيات [الودية]، وأساءوا استخدامه، وهو مفهوم كان يسمح دومًا بالعثور على جوهر مرَضي لأنه كان في الإمكان أن يَستخلص من العرَض الظاهر، ما كان يسمى تداخلًا (interférence)، هو على النقيض من الحقيقة الجوهرية. هكذا، فإن حمى المعدة (حرارة وصداع وعطش وألم في الشرسوف (Épigastre)) بقيت متوافقة مع جوهرها لما كانت تترافق مع وهن وتغوط غير إرادي ونبض منخفض ومتقطع مع عسرة بلع. فهذا يعني أنها «اختلطت» بحمى موهنة[32] (Adynamique). إن استخدامًا صارمًا للتماثل لا بد من أن يؤدي إلى تجنب مثل هذا الاعتباط في التوزيع والتجميع؛ إذ يمكن أن نجد بين عرَض وآخر في مجموعة مرضية واحدة، تماثلًا معينًا في الصلات مع «الأسباب الخارجية أو الداخلية التي كانت تُحْدثها»[33]. وهذه هي الحالة في التهاب الجنب والرئة (péripneumonie) الصفراوي [اليرقاني] الذي جعل منه كثر من أطباء الوصف المنزولي مرضًا مختلطًا، إذا أدركنا التماثل في الصلة الموجودة بين التهاب المعدة (gastricité) (الذي يؤدي إلى أعراض هضمية وآلام شرسوفية)، وتهيِّج الأعضاء الرئوية الذي يسبّب الالتهاب والاضطرابات التنفسية، فإن قطاعات عرَضية مختلفة إذ تكشف عن الجواهر المرضية المتميزة، تسمح مع ذلك أن تقدم للمرض هويته، وهي هوية صورة معقدة في تماسك الوحدة، وليست هوية حقيقة ممتزجة مصنوعة من جواهر ممتزجة.

3- **ملاحظة التواترات**: لن تحصل المعرفة الطبية على اليقين إلا من خلال علاقتها مع عدد الحالات التي فُحِصت، هذا اليقين «سيكون كاملًا إذا تم استخلاصه من مقدار احتمالي كافٍ»، لكن إذا لم يكن «الاستنتاج الصارم» بناءً على

(31) Charles-Augustin Brulley, *De l'art de conjecturer en médecine* (Paris: [s. n.], 1801), pp. 85-87.

(32) Pinel, *La Médecine clinique*, p. 78.

(33) Audibert-Caille, p. 31.

عدد ملائم من الحالات، فإن «المعرفة تبقى في مرتبة التخمينات والترجيحات، ولن تعدو كونها تعبيرًا بسيطًا عن مشاهدات خاصة»[34]. لا يتكوّن اليقين الطبي بدءًا من الحالة الفردية المشاهدة بالكامل، وإنما من **تعدد الوقائع الفردية المشاهدة بالكامل**.

تصبح السلسلة، من خلال تعددها، حاملةً قرينةَ التقارب. لقد صنَّفَ سوفاج النفث الدموي (hémoptysie) في صف النزوف، والتدرن في صفّ الحميات. إنه توزيع ملائم لبنية الظواهر، حيث لم يكن في إمكان أي اقتران عرَضي أن يرتاب بذلك. لكن إذا كانت مجموعة التدرن - النفث الدموي (على الرغم من كثير من الفروق بحسب الحالات والأوضاع والمراحل) بلغت ضمن السلسلة الشاملة كثافةً كمية معينة، فإن قرابتهما ستصبح، في ما هو أبعد من كل لقاء أو أي فجوة، وخارج المظهر الذي تبدو به الظواهر، علاقةً جوهرية: «ففي دراسة الظواهر الأكثر تواترًا، وضمن تواسط الصلات بينها وبين نظام تعاقبها، نجد أسس القوانين العامة للطبيعة»[35].

تمّحي التنويعات الفردية تلقائيًا بالاندماج. ففي طب الأنواع لم يكن امّحاء التبدلات الخاصة مضمونًا إلا من طريق عملية مؤكدة: فمن أجل الوصول إلى نقاوة الجوهر، كان يجب امتلاكه مسبقًا، وبعد ذلك يُستخدَم في طمس محتوى التجربة الشديد الغنى، وكان ينبغي، عبر خيار بدئي، «تمييز ما هو ثابت ممّا يوجد فيه من متغير، والجوهري فيه ممّا ليس سوى حادث عارض تمامًا»[36]. لا تُستبعَد التنويعات في التجربة الطبية، فهي تتوزع ثانية من تلقاء نفسها، وتلغي نفسها ضمن التشكيلة العامة، لأنها تندمج في ميدان الاحتمالية، ولا تقع أبدًا خارج الحدود، مهما كانت «غير متوقعة» و«غير عادية»، فالشاذ هو أيضًا شكل من الانتظام. دراسة المسوخ والمسوخية في النوع البشري تقدم لنا فكرة عن المصادر الخصبة في الطبيعة والانحرافات التي يمكن أن تنخرط فيها»[37].

---

(34) Dumas, *Discours sur les progrès*, p. 28.

(35) François Joseph Double, *Séméiologie générale*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1811), p. 33.

(36) Zimmermann, p. 146.

(37) Double, p. 33.

يجب إذًا التخلي عن فكرة **مراقب** (Spectateur) مثالي ومتعالٍ [مفارق] يمكن أن تقترب إلى هذا الحد أو ذاك موهبتُه أو صبره من المشاهدين الواقعيين. أما المشاهد المعياري الوحيد، فهو مجمل المشاهدين؛ إذ إن أخطاء وجهات نظرهم الفردية تتوزع في مجموعٍ يمتلك قدرات دلالية خاصة. في هذه النواة بالذات، تبدي افتراقاتُها، وهي تبرزُ نفسها على الرغم من كل شيء، صورةً لهويات لا تنكر، «كثرٌ من المشاهدين لا يرون أبدًا الواقعة نفسها بشكل مشابه، إلا إذا قدمتها الطبيعة بشكل حقيقي بالطريقة ذاتها».

في الظل وبمصطلحات قريبة، تجول مفاهيم يمكن التعرف من خلالها إلى تقدير الخطأ والانحراف والحدود وقيمة المتوسط. وكلها تشير إلى أن وضوح الحقل الطبي يتّخذ لنفسه بنية إحصاء وأن الطب يراه حقلًا إدراكيًا لا حديقة أنواع، إنما ميدان للحوادث. لكن ما من شيء تم صوغه حتى الآن، ومن باب الغرابة أنه في الجهد المبذول من أجل التفكير في حساب الاحتمالات الطبية سوف يظهر الفشل، وستظهر أسباب ذلك.

الفشل (ههنا) لا يرتبط من حيث المبدأ بجهل أو باستخدام مبالَغ بسطحيته للأداة الرياضياتية[38]، إنما بتنظيم الحقل.

4- **حساب درجات اليقين:** «إذا حصل يومًا ما، في حساب الاحتمالات، اكتشاف منهج يستطيع التكيف بشكل ملائم مع الموضوعات المعقدة، والأفكار المجردة، والعناصر المتنوعة في الطب والفيزيولوجيا، فإننا سرعان ما نحصل على أعلى درجة من اليقين التي يمكن أن تصل إليها العلوم[39]. المقصود هو حساب يصبح، بمجرد استخدامه، صالحًا داخل ميدان الأفكار، لكونه في آن مبدأ تحليلها إلى العناصر المكونة، ومنهج الاستقراء انطلاقًا من التواترات؛ فهو يقدم نفسه، بشكل غامض، بوصفه تفكيكًا منطقيًا وحسابيًا للتقدير التقريبي. وهذا يعني في الحقيقة أن الطب في نهاية القرن الثامن عشر لم يعرف قط ما إذا كان

(38) يعرف برولي، مثلًا، نصوص برنولي وكوندورسيه وغرافستي جيدًا. يُنظر:
Brullcy, pp. 35-37.

(39) Dumas, *Discours sur les progrès*, p. 29.

يتوجه إلى سلسلة من الوقائع، يجب على قوانين ظهورها والتقائها أن تتحدد بدراسة التكرارات فحسب، أم إنه يتوجه إلى مجموعة من العلامات والمظاهر التي يجب البحث عن انسجامها في البنية الطبيعية. لقد تردد باستمرار بين **علم أمراض [باثولوجيا] الظواهر وعلم أمراض الحالات**، لهذا السبب سرعان ما اختلط حساب درجات الاحتمال مع تحليل العناصر المتعلقة بالأعراض، وبشكل غريب جدًا، كانت العلامة، بصفتها عنصرًا من كوكبة، هي التي تعرضت للتأثر بمُعامِل (coefficient) الاحتمال، من طريق نوع من قانون الطبيعة. والحال، إن الذي منحها قيمتها كعلامة، لم يكن رياضيات الحالات، بل كانت صلتها بمجموعة الظواهر. وبالتالي يمكنه، تحت مظهر رياضياتي، أن يعاير ثبات الصورة. لقد كان تعبير «درجة اليقين» المأخوذ من علماء الرياضيات يشير، عبر رياضيات فجة، إلى الخاصية اللازمة إلى حد ما، لتلازم محدد.

مثل بسيط يسمح بالإمساك بحقيقة هذا الخلط الأساس. يذكّر برولي (Brulley) بالمبدأ الذي صاغه جاك برنولي[40] (Jacques Bernoulli) في كتابه **فن الحدس** (*Ars conjectandi*)، والقائل إن كل يقين يمكن أن «يُعتبر كلًّا يقبل الانقسام بمقدار من الاحتمالات التي نريدها»[41]. هكذا، فإن يقينية الحمل لدى المرأة يمكن أن تنقسم ثمانيَ درجات: انقطاع الدورة، الغثيان والتقيؤ في الشهر الأول، زيادة حجم الرحم في الشهر الثاني، زيادته الملحوظة في الشهر الثالث، ثم ظهور الرحم [البطن] فوق عظم العانة، والدرجة السادسة في الشهر الخامس هي بروز كامل المنطقة الخثلية (hypogastrique)، والدرجة السابعة هي الحركة العفوية للجنين الذي يضرب على وجه الرحم الباطني، وأخيرًا تتشكل الدرجة الثامنة من اليقين في بداية الشهر الأخير من خلال حركات الطلق والولادة[42]. كل علامة من هذه العلامات إذًا، تقدم بذاتها نسبة ثُمنٍ [1/8] من اليقين: إن تتالي الأربع الأولى يشكل نصف

---

(40) جاك برنولي (Jacques Bernoulli) (1654-1705)، عالِم فيزياء ورياضيات سويسري، اهتمّ بحساب «متناهي الصغر» (Calcul Infinitésimal) بعد مراسلاته مع الفيلسوف لايبنتز. ودعم في كتابه **فن الحدس** نظرية الاحتمالات. (المترجم)

(41) Brulley, pp. 26-27.

(42) Ibid., pp. 27-30.

اليقين «الذي يشكل الشك بالذات، ويمكن أن ينظر إليه على أنه نوع من التوازن»، وبعده يبدأ الترجيح[43]. إن تطبيق هذا الحساب لما هو متضمن في عملية ما، له قيمته بالنسبة إلى المؤشرات العلاجية كما إلى العلامات التشخيصية. كان ثمة مريض استشار برولي لإجراء عملية حصيات [في المثانة]، وكان هناك «احتمالان لمصلحة العملية، وهما: حالة المثانة الجيدة (vessie)، وحجم الحصاة الصغير، في المقابل كان ثمة أربعة احتمالات غير ملائمة: «فالمريض ستّيني، ذكر، وله جبلة صفراوية، ومصاب بمرض جلدي». غير أن المريض رفض الاستماع إلى هذه العملية الحسابية البسيطة، وبالتالي لم ينجُ من العملية.

شاء هؤلاء أن يرجّحوا، من طريق علم حساب الحالات، انخراطًا في البنية المنطقية؛ إذ كانوا يفترضون أنه بين الظاهرة وما تدل عليه، الرابط نفسه بين الحدث والسلسلة التي يُعدّ جزءًا منها. بيد أنّ هذا الخلط ليس ممكنًا إلا من خلال الفضائل الغامضة لمفهوم التحليل الذي يلجأ إليه الأطباء كل لحظة، «فما كنا ستتمكّن في الأغلب، من دون التحليل، المعتبر خيطَ المتاهة الرمزي (dédale)، عبر هذه الطرق المتعرجة، من البلوغ إلى مكمن الحقيقة»[44]. لكن هذا التحليل محدَّد بحسب **أنموذج إبيستمولوجي** للرياضيات وبحسب **بنية أداتية** للأيديولوجيا. فهو بوصفه أداةً، يفيد بتحديد منظومة العلاقات المتضمنة في مجموعها المعقّد: «فمن طريق هذا المنهج نفكّك شخصًا ونشرّحه، وفكرةً مركّبة، ونفحص بشكل منفصل الأجزاء واحدًا بعد الآخر، ونبدأ بالأكثر جوهرية، ثم ننتهي إلى الأقل، بما فيها من صلات مختلفة، وتتوالد الفكرة الأكثر بساطة»، لكن بحسب الأنموذج الرياضياتي، كان ينبغي لهذا التحليل أن يفيد بتحديد مجهول ما: «نفحص نمط التركيب، والطريقة التي عمل بها، وبذلك نصل من المعروف إلى المجهول، من طريق الاستقراء»[45].

---

(43) Ibid., pp. 31-32.

(44) Claude Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer relativement aux sciences physiques et médicales, sous forme de préleçons à des cours sur les sciences physiques et chimiques, prononcées* (Paris: [s. n.], 1807), p. 53.

(45) Ibid., p. 53.

يقول سل (Selle) عن السريريات إنها لم تكن سوى «ممارسة الطب بالذات قرب سرير المرضى»، وإنها بهذا الإجراء تتماهى مع «الطب الممارَس بالمعنى الدقيق»[46]. وفي ما يتجاوز بكثير استعادةَ الطب الإمبيريقي القديم، فإن السريريات هي حياة التحليل الملموسة، وأحدُ تطبيقاته الأولى. كما أنها تعترف بقرابتها المباشرة من الفلسفة، من خلال تأكيدها الاعتراض على المنظومات والنظريات، «لماذا فُصل علم الأطباء عن علم الفلاسفة؟ ولماذا التمييز بين مبحثين يشتركان في الأصل والمصير؟»[47]. عليه، تفتح السريريات حقلًا بات «منظورًا» من طريق إدخال بنيات قواعدية [أجرومية] واحتمالية إلى ميدان علم الأمراض ربما تجاوزها الزمن لأنها معاصِرةٌ كونديياك وخلفاءه. لكنّ الحس الطبي كان تحرر بواسطتها من لعبة الجوهر والأعراض، ومن لعبة النوع والأفراد التي لا تقل غموضًا. لقد اختفت الصورة التي كانت تدير المرئي والمخفي تبعًا للمبدأ القائل إن المريض يخبّئ ويبدي في آن خصوصية مَرَضية. إنه ميدان واضح الرؤية ينفتح أمام المعاينة.

لكن، أليس هذا الميدان، وما يجعله مرئيًا بشكل أساس، على تفاهم مزدوج؟ أليسا مستندَيْن إلى صوَر (figures) متداخلة على الرغم من أن أحدهما يتجنب الآخر؟ فالأنموذج الأجرومي، المتأقلم ضمن تحليل العلامات، بقي مضمرًا ومغلقًا من دون صوغ في أساس الحركة التصورية، (لأنّ) المقصود هو نقل أشكال المعقولية. أما الأنموذج الرياضياتي فيظل على الدوام صريحًا ومطلوبًا، فهو حاضر كمبدأ لانسجام عملية تصورية اكتملت خارجه: المقصود هو مساهمو ثيمات الصوغ. لكن هذا الغموض الأساس لم يُختبَر بهذه الصفة. والمعاينة التي تطرح نفسها على هذا الميدان المتحرر ظاهريًا قد بدت، لفترة، معاينة محظوظة.

(46) Christian Gottlieb Selle, *Introduction à l'étude de la nature et de la médecine*, tr. fr. (Montpellier: impr. de Tournel père et fils, an III [s. d.]), p. 229.

(47) Dumas, *Discours sur les progrès*, p. 21.

الفصل السابع

أن ترى، أن تعرف

«اهتم أبقراط بالمشاهدة فحسب، وازدرى المنظومات كافة. وليس أمام الطب سوى السير على خطاه حتى يبلغ غاية الإتقان»(1). غير أن الامتيازات التي اعترفت بها السريريات توًا للمشاهدة تُعد أكثر بكثير، ومن طبيعة مختلفة تمامًا، إذا ما قورنت بالمكانة التي حظيت بها في التقاليد الموروثة. ذلك أنها امتيازاتٌ تخص معاينة نقية، سابقة كلَّ تدخل، وأمينة للفورية التي تحصل عليها من دون أن تعدلها، وفي الوقت ذاته هي امتيازاتُ معاينةٍ مزودة بكامل تحصينها المنطقي، تعتزم منذ البداية، طرد سذاجة إمبيريقية غير محضَّرة. وعلينا الآن أن نصف الاستخدام الملموس لمثل هذا الإدراك الحسي.

إنّ المعاينة التي تشاهِد تمتنع عن التدخل: فهي خرساء وعديمة المبادرة. فالمشاهدة تُبقي الأمور على حالها، وما من شيء مخبأ عنها في المتاح أمامها. إن ما يقترن بالمشاهدة ليس المخفي أبدًا، بل هو المرئي المباشر ما إن تُستبعَد العوائق التي تحرض النظرياتِ في العقل، والخيالَ في الحواس. ففي ثيمات الطبيب السريري، تقترن نقاوة المعاينة بصمت معين يسمح بالإصغاء. ينبغي إذًا لخطابات المنظومات الثرثارة أن تتوقف: «تصمت النظريات كلها أو تختفي دومًا عند سرير المريض»(2)؛ كذلك ينبغي التقليل من موحيات الخيال التي تستبق ما يتم إدراكه، وتكشف عن صلات موهِمة وتُنطِق ما هو عصيّ على الحواس: «كم هو نادر ذلك المشاهد البارع الذي يُحسن أن ينتظر في صمت التخيل، وفي صفاء

(1) Françis Clifton, *État de la médecine ancienne et moderne, avec un plan pour perfectionner celle-ci*, André Cantwel (trad.) (Paris: [s. n.], 1742), préface du traducteur.

(2) Jean-Nicolas Corvisart, Préface à la traduction de Leopold Auenbrugger, dans: Leopold Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*, Jean-Nicolas Corvisart (trad.) (Paris: [s. n.], 1808), p. VII.

الذهن وقبل أن يصدر حكمه، تقريرَ حاسةٍ وهي تقوم بعملها!»[3]. فالمعاينة سوف تكتمل في حقيقتها الخاصة وسوف تحصل على منفذ إلى حقيقة الأشياء إذا ما نظر بصمت إليها، إذا كان كل شيء يحصل حول ما يراه. إنّ المعاينةَ السريريّة تمتلك هذه الخاصية الغريبة في أنها **تسمع لغةً** في اللحظة التي **تبصر فيها مشهدًا**. إن ما يتبدّى في السريريات هو في الأصل ما يتكلم. والتعارض بين السريريات والتجريب يغطي بالضبط الاختلاف بين اللغة التي نسمعها، وبالتالي نتعرف إليها، والسؤال الذي نفترضه (poser)، أي نفرضه (imposer)، «المشاهد... يقرأ الطبيعة، فمن يُجري التجربةَ يستجوبها»[4]. بهذا الإجراء، تتعارض المشاهدة مع التجربة من دون أن تستبعد إحداهما الأخرى؛ من الطبيعي أن تؤدّي الأولى إلى الثانية، لكن شريطة أن لا تسأل التجربةَ إلا بتعبيرات – وداخل – اللغة التي طرحتها عليها الأشياء المشاهَدة، لا يمكن أن تُؤسَّس أسئلتها جيدًا إلا إذا كانت أجوبةً عن جواب هو بذاته من غير سؤال، عن جواب مطلق لا يتضمن أي لغة مسبقة، لأنه الكلمة الأولى بالمعنى الدقيق. إن هذا الامتياز في حيازة أصل لا يمكن تجاوزه هو الذي ترجمه دوبل (Double) بتعبيرات السببية: «يجب ألّا نخلط المشاهدة بالتجربة، فالأخيرة هي النتيجة أو الأثر، أما الأولى فهي الواسطة أو السبب، أي إن المشاهدة تقود بشكل طبيعي إلى التجربة»[5]. إن المعاينة التي تشاهِد لا تبدي فضائلها إلا بصمت مزدوج. صمتٌ نسبي، وهو صمت النظريات والتخيلات وكل ما يضع عوائق أمام المحسوس الفوري، وصمتٌ مطلق، وهو صمت كل لغة تكون سابقةً لغةَ المرئي. وفي سماكة هذا الصمت المزدوج، يمكن أن تصبح الأشياء المرئية في النهاية مسموعة، مسموعة من حيث إنها مرئية فحسب.

هكذا، فإن هذه المعاينة التي تحجم عن الاقتراب من أي تدخل ممكن، ومن أي قرار تجريبي، هذه المعاينة التي لا تغيِّر، تُبيّن أن تحفُّظَها مقترنٌ بصلابة

(3) Ibid., p. VIII.

(4) Claude Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer relativement aux sciences physiques et médicales, sous forme de préleçons à des cours sur les sciences physiques et chimiques, prononcées* (Paris: [s. n.], 1807), p. 14.

(5) François Joseph Double, *Séméiologie générale*, t. I (Paris: [s. n.], 1811), p. 80.

تحصينها. وكي تكون ما يجب أن تكونه، لا يكفي أن تمارس حذرَها أو تشكيكها، فالفورية التي تنفتح عليها لا تعلن الحقيقة إلا إذا كانت في الوقت ذاته الأصلَ، أي نقطة البدء، ومبدأ تركيبها وقانونه، ويتوجّب على المعاينة أن تستعيد، كحقيقة، ما كان قد نتج تبعًا لنشوئه (genèse): بتعبيرات أخرى، عليها أن تعيد، ضمن العمليات الخاصة بها، إنتاجَ ما أُعطي في حركة التركيب [المكوّن] ذاتها. بهذا تمامًا، تكون «تحليلية». فالمشاهدة هي المنطق في مستوى المضامين المدرَكة حسيًا. وبالتالي، فإنّ فنّ المشاهدة «سيكون منطقًا بالنسبة إلى الحواس التي ستعلِّم، بشكل أكثر خصوصية، عملياتها واستخداماتها. وبعبارة أخرى، إنه فنّ إقامة صلة مع الأوضاع الملائمة، وتلقّي الانطباعات عن الأشياء مثلما تصلنا، واستخلاص الاستقراءات منها التي هي نتائجها الصحيحة. فالمنطق هو... أساس فن المشاهدة، لكن يمكن أن يُرى هذا الفن جزءًا من أجزاء المنطق (Logique) الذي قد يكون موضوعه أكثر اعتمادًا على الحواس»[6].

يمكن إذًا، في مقاربة أولى، تعريف المعاينة السريرية كونها فعلَ إدراك حسي مسنود بمنطق العمليات، إنها (مقاربة) تحليلية لأنها تستعيد نشأة التركيب، لكنها نقية من كل تدخل من باب أن هذه النشأة ليست سوى تركيب [نحوي] للغة التي تتكلمها هذه الأشياء ذاتها في صمت أصلي. إن معاينة المشاهدة، والأشياء التي تدركها، تتواصل من طريق مبدأ عقلي [لوغوس] (Logos) واحد، وهو هنا منشأ المجمل ومنطق العمليات.

إنّ المشاهدة السريرية تفترض تنظيمًا لميدانين مقترنين أحدهما بالآخر: ميدان الاستشفاء وميدان التعليم.

ميدان الاستشفاء هو الذي تظهر فيه الواقعة المرضية بفرادتها كحدث وضمن السلسلة التي تحيط بها. فقد كانت العائلة تشكل، حتى عهد قريب، المكان الطبيعي حيث تبرز الحقيقة من دون تغيير، أما الآن فإننا نكتشف فيها قدرة وهمية مضاعفة. فالمرض مهدَّد بأن يتقنع بسبب العناية والحمية والأفعال التي تشوّشه،

(6) Jean Senebier, *Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences*, t. 1, 2ème éd. (Paris: [s. n.], 1802), p. 6.

وهو ممسوك بفرادة الشروط المادية التي تجعله عصيًا على المقارنة بالأمراض الأخرى. ومنذ اللحظة التي تُعرَّف فيها المعرفةُ الطبية بتعبيرات التواتر، لن تعود هناك من حاجة إلى وسط طبيعي، بل إلى مجالٍ محايد، أي متجانسٍ في جوانبه كافة كي تكون المقارنةُ ممكنة، ومفتوحٍ من دون مبدأ انتقائي أو إقصائي على أي شكل من أشكال الحوادث المرضيةً. يجب أن يكون كل شيء متاحًا بطريقة واحدة. «يا له من مصدر للتعليم أن يكون لكل ممرضة 100–150 مريضًا! يا له من مشهد تتنوع فيه الحمّيات والالتهابات (phlegmasies) الخبيثة أو السليمة، بمكوناتها الظاهرة بقوة أحيانًا، وبشكل خفيف أحيانًا أخرى، أو اللاطية [المستترة]، وكذلك بجميع الأشكال والتبدلات التي يمكن أن تنجم عن العمر وطريقة العيش والفصول والاضطرابات النفسية القوية إلى حد ما!»[7]. أما الاعتراض القديم القائل إن المستشفى يحرّض تغيرات هي في آن اضطراباتٌ مرَضية واضطرابٌ في الأشكال المرضية، فهو لم يُزَل ولم يُهمَل. لكنه، وبكل صرامة، أُبطل، ذلك أن التغيرات المقصودة ذات قيمة واحدة بالنسبة إلى الحوادث كافة، ومن الممكن إذًا عزلها من طريق التحليل والتعامل معها بشكل منفصل؛ فإذا وضعنا جانبًا التغيرات الناجمة عن الأماكن والفصول وطبيعة العلاج، «يمكن أن نضع في سريريات المستشفيات وفي الممارسة العامة للطب، درجةَ التنبؤ والدقة التي ما زالت تتعرض لها»[8]. ليست السريريات إذًا مشهدًا أسطوريًا تظهر فيه الأمراض بذاتها وتكشف النقاب عن وجهها بالكامل، بل تسمح باندماج التغيّرات الحاصلة في المستشفى ضمن التجربة بشكل ثابت. إن ما يدعوه طب الأنواع بـ **الطبيعة**، لا يبدو سوى انفصال في الشروط غير المتجانسة والمصطنعة، وفي ما يخص الأمراض «المصطنعة» في المستشفى، فإنها تسمح بإرجاع حقل الحوادث المرَضية إلى التجانس، وما من شك في أن ميدان الاستشفاء ليس شفافيةً نقية دالّة على الحقيقة، بل هو انكسار [كانكسار الضوء] خاص به، يسمح بالتالي بتحليل الحقيقة.

---

(7) Philippe Pinel, *La Médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultat d'observations sur les maladies aigues, faites à la Salpêtrière*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1815), «Introduction,» p. II.

(8) Ibid., p. i.

إذًا، تتيح السريريات الاستشفائية، من طريق لعبة التغيرات والتكرارات غير المحدودة، استتباعًا لما هو خارجي. لكن هذه اللعبة ذاتها تجعل من الممكن جمع ما هو جوهري في المعرفة. وواقع الأمر أن التنويعات يلغي بعضُها بعضًا، ثم إن تأثير تكرار الظواهر الثابتة يحدد بشكل تلقائي الاقترانَ الأساس. تشير الحقيقة، وهي تدل على نفسها تحت شكل متكرر، إلى الطريق الذي يسمح باكتسابها. إنها تكرس نفسها للمعرفة من خلال تكريس نفسها للتعرّف. أما «التلميذ... فلا يسعه أن يبالغ في اعتياده على مرأى التبدّلات من أي صنف على نحو متواتر، وهي (التبدلات) التي ستقدم له ممارستُه الخاصة صورتَها في ما بعد»[9]. إن نشأة مظهر الحقيقة هي أيضًا نشأة معرفة الحقيقة. إذًا، لا يوجد اختلاف بالطبيعة بين السريريات كعلم والسريريات كتعليم. بهذا الشكل، تتكوّن مجموعة مؤلفة من المعلم وتلامذته، يندمج فيها فعلُ التعرف بالجهدِ في سبيل المعرفة في حركة واحدة. لقد صارت التجربة الطبية في بنيتها وفي جانبيها من حيث الظهور والاكتساب، تمتلك الآن فاعلًا [مادة] (sujet) جماعيًا، فهي لم تعد منقسمة بين من يعلم ومن يجهل؛ إذ هي مشكلّة في آن (بالاشتراك والتضامن) من ذلك الذي يَرفع الحجاب (يكشف) وأولئك الذين يرتفع أمامهم (ينكشف لهم). إن ما يُعلَن هو أمر واحد؛ فالمرض يتكلم بلغة واحدة إلى هؤلاء وأولئك.

بنية جماعية لفاعل التجربة الطبية، وصفة تجميعية لحقل الاستشفاء؛ تقع السريريات في نقطة التقاء المجموعتين، فالتجربة التي تحددها تعبر سطحَ المواجهة بينهما وحدَّهما المتبادل. وهنا تحصل على غناها الذي لا ينضب، وكذلك على وجهها الكافي والمغلق. إنها إظهار الميدان غير المحدود للحوادث من طريق تقاطعات المعاينة والأسئلة المتفق عليها. لقد كانت المشاهدة السريرية في عيادة أدنبره تتألف من أربع سلاسل من الأسئلة: «الأولى عن عمر المريض وجنسه ومزاجه ومهنته. وتتناول الثانية الأعراض التي يعانيها. والثالثة تخص منشأ المرض وتطوره. وأخيرًا، تقوم الرابعة على الأسباب البعيدة والحوادث

---

(9) Jacques-Pierre Maygrier, *Guide de l'étudiant en médecine, ou Essai d'une méthode analytique appliquée à l'étude de toutes les branches de la médecine: Ouvrage spécialement destiné aux élèves qui suivent les facultés de médecine, et particulièrement celle de Paris* (Paris: [s. n.], 1818), pp. 94-95.

السابقة[10]. وهناك منهج آخر - كان معتمدًا في مونبلييه - يتألف من فحص عام لجميع التغيرات المرئية في الجسم البشري: 1 - التغيرات التي تمثل صفات البدن بشكل عام. 2- التغيرات التي تُلاحظ في المفرزات. 3- وأخيرًا التغيرات التي تشير إليها ممارسةُ الوظائف»[11]. وههنا، يوجه بينل إلى هذين الشكلين من الاستقصاء لومًا واحدًا؛ إنهما غير محدودين. فيعترض على الأول قائلًا: «وسط هذه الوفرة من الأسئلة... كيف يمكن الإمساك بخواص المرض الرئيسة والنوعية؟»، وعلى الثاني يعترض بالمثل: «يا لهُ من تعداد هائل للأعراض... ألا يلقينا ذلك في شواش (Chaos) جديد؟!»[12]. فالأسئلة التي يجب طرحها لا تحصى، والأشياء التي يجب أن تُرى غير محدودة. ولئن كان ميدان السريريات مفتوحًا على مهمات اللغة فحسب، أو على متطلبات المعاينة، فإنه ليس محاطًا بسياج، وبالتالي ما من تنظيم له. ولن تكون له حدود ولا شكل ولا معنى إلا إذا تمفصل الاستجوابُ والفحصُ أحدهما مع الآخر، وبذلك (وحده) يحددان في مستوى الضوابط المشتركة بينهما «مكان التقاء» الطبيب بالمريض. ثم إنّ السريريات تسعى، في شكلها الأوّلي، إلى تحديد مكان الالتقاء هذا، عبر وسائل ثلاث:

1 - **التناوب بين اللحظات المنطوقة واللحظات المدرَكة في المشاهدة:** في مخطط الاستقصاء المثالي الذي وضعه بينل، تكون القرينة في اللحظة الأولى بصرية، أي إننا نشاهد الحالة الراهنة في مظاهرها. لكن داخل هذا الفحص، يضمن استبيانُ الأسئلة مكانَ اللغة. نسجل الأعراض التي تلفت حواس المشاهِد منذ البداية، ولكن في الحال نستجوب المريض حول الآلام التي يعانيها. وأخيرًا - في شكل مختلط من المدرَك ومن المقول، من السؤال ومن المشاهدة - نتبيّن حالةَ الوظائف الفيزيولوجية الكبرى المعروفة. أما اللحظةُ الثانية، فتقع تحت سطوة اللغة والزمن أيضًا، أي الاختزان في الذاكرة والتطورات والحوادث المتعاقبة؛ إذ يتعلق الأمر أولًا بقراءة ما كان مدرَكًا في لحظة معيّنة، (تذكُّرُ الأشكال التي بدأت بها الإصابة، وتتالي الأعراض، وظهورُ خواصها الحالية والأدوية المستخدمة سابقًا)،

(10) Pinel, *La Médecine clinique*, p. 4.

(11) Ibid., p. 3.

(12) Ibid., pp. 3, 5.

وبعد ذلك يجب استجواب المريض أو من يحيط به حول عاداته ومهنته وحياته الماضية. في حين أنّ اللحظة الثالثة من المشاهدة هي، من جديد، لحظة المدرَك الحسي، فنسجل يومًا بيومٍ تقدمَ المرض تحت أربعة عناوين: تطور الأعراض، الظهور المحتمل لظواهر جديدة، حالة المفرزات وتأثير الأدوية المستخدمة. وفي النهاية، يحينُ الزمن الأخير المخصص للكلام: فرض نظام حمية من أجل الإبلال من المرض[13]. أما في حالة الوفاة، فيحتفظ الأطباء - لكن ببذل أقل حماسة من الآخرين، وسنرى لماذا - للمعاينة بالحجة الأخيرة والأكثر أهمية، وهي تشريح الجثة. في هذا التناوب المنتظم بين الكلام والمعاينة، يعلن المرض شيئًا فشيئًا عن حقيقته، وهي حقيقة يقدمها للسمع والبصر، التي لا يمكن أن يُستعاد نصُّها الذي له **معنى** (sens) واحد، كامل بالتأكيد، إلا من طريق **حاستين اثنتيْن** (sens): الحاسة التي تعاين والحاسة التي تصغي. لهذا السبب، فإن السؤال من دون تفحص، أو التفحص من دون استجواب، كانا محكومين بمهمة لانهائية، لا يعود إلى أي منهما أن يردم الفجوات التي لا تعتمد إلا على الآخر.

2- **الجهد من أجل تحديد شكل نظامي للترابط بين المعاينة واللغة**: إنّ المشكلة النظرية والعملية التي طُرحت على الأطباء كانت تخص معرفة ما إذا كان الذي يتكشف عن أعراض مرئية من المرض، والذي يتكشف منه عن تحليل لفظي، يمكن أن يدخلا في تمثّلٍ مرئيٍّ مكانيًا ومتماسكٍ تصوريًا. وتجلّت هذه المشكلة في صعوبةٍ تقنيةٍ تكشف جيدًا عن متطلبات التفكير السريري، ألا وهي **اللوحة** [بمعنى اللائحة]. (ومؤدّى تلك المشكلة السؤال الآتي): هل يمكننا أن ندمج في لوحة ما، أي في بنيةٍ مرئية ومقروءة، مكانيةٍ ولفظية، في آن، ما أدركته على سطح البدن عينُ الطبيب، وما سمعه الطبيب نفسه من لغة المرض الجوهرية؟ إنّ المحاولة الأكثر بساطة بالتأكيد كانت محاولة فوردايس (Fordyce)، حيث كان يضع على محور السينات [الأفقي]، الملاحظات التي تخص المناخ والفصول والأمراض الواقعة وحرارة المريض والقابلية (idiosyncrasie) وعاداته وعمره وسوابقه المرضية، وكان يشير في محور العينات [العمودي]، إلى الأعراض التي كان يبديها، بحسب

---

(13) Ibid., p. 57.

العضو أو الوظيفة (النبض، الجلد، الحرارة، العضلات، العينان، اللسان، الفم، المعدة، الأمعاء والبول)[14]. ومن الواضح أن هذا التمييز الوظيفي بين ما يقبل الرؤية وما يقبل الإفصاح، ثم ترابطهما في أسطورةٍ هندسةٍ تحليلية، كانا من دون فاعلية في أداء التفكير السريري، ولمثل هذا الجهد شأنٌ في معطيات المشكلة وفي التعبيرات التي كان المقصود وضعها في ترابط، فحسب. أما اللوحات التي وضعها بينل، فهي في الظاهر أكثر بساطة، لكن بنياتها التصورية في الحقيقة أكثر حذاقة. فقد وضع، مثلما فعل فوردايس، على محور العينات، العناصَر العرَضية التي يتيحها المرض للإدراك الحسي، لكن في محور السينات أشار إلى القيم ذات الدلالة التي يمكن أن تتلبّسها هذه الأعراض. وهكذا في حالة حمّى حادة، يجب أن يوضع حسُّ الألم الشرسوفي [حفرة المعدة]، والشقيقة (migraine)، والعطش الشديد، ضمن الأعراض المَعِديّة، وفي المقابل ينسب انحطاط القوى وتطبل البطن إلى الوهن (adynamique)، وأخيرًا، ألم الأطراف، واللسان الجاف واللهاث والاشتدادات [الانتيابات] (paroxysme) التي تحدث في المساء على وجه الخصوص، هي علامات، في آن، مَعِدية (gastricite) ووهَنية[15]. بهذا الشكل، فإن كل شدفة مرئية تتخذ قيمة دلالية، وتكتسب اللوحة وظيفةَ التحليل في المعرفة الطبية. لكن، من الواضح أن البنية التحليلية ليست معطاة ولا متكشفة من طريق اللوحة نفسها، لأنها كانت سابقة على اللوحة، وأن الترابط بين كل عرَض وقيمته العرَضية كان مثبتًا مرة واحدة وإلى الأبد في قبْلية (a priori) جوهرية، تحت شكلها التحليلي ظاهريًا، ولا تمتلك اللوحةُ من دور سوى أن توزع المرئي داخل شكل تصوري معطى سلفًا. إذًا، لا يكمن الجهد في إقامة ترابط، إنما في توزيع نقي وبسيط لما كان مُعطى من طريق امتدادٍ محسوس في حيز تصوري محدد مسبقًا. إنه يمنع معرفة أي شيء، وفي الحد الأقصى يسمح بالتمييز.

3 - **الحالة المثالية لوصفٍ شامل**: إنّ المظهر الاعتباطي، أو الحشو لهذه اللوحات، يقود التفكير السريري نحو شكل من الترابط بين المرئي والمفصَح عنه،

---

(14) George Fordyce, *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales pour les rendre moins incertaines et plus utiles aux progrès de l'art*, tr. fr. (Paris: [s. n.], 1811).

(15) Pinel, *La Médecine clinique*, p. 78.

وهو الترابط المتصل لوصف أمين بالكامل، أي بشكل مضاعف. وفي الحقيقة، يجب، في ما يخص موضوعه، أن يكون من دون فجوات، ولا ينبغي له، في اللغة التي تصف الموضوع، أن يسمح بأي تحريف. إنّ **الصرامة** في الوصف ستكون نتيجة **الدّقةِ** في المفصَح عنه، **والانتظامِ** في تسميته. وهذا في رأي بينل هو «المنهجُ المتبع حاليًا في جميع أقسام التاريخ الطبيعي»[16]. هكذا، تصير اللغة مشحونةً بوظيفة مزدوجة. فهي، من طريق قيمتها في الدقة، تقيم ترابطًا بين كل قطاع من المرئي وعنصرٍ يقبل الإفصاح ليتوافق معه بمنتهى الدقة، لكنّ هذا العنصر الذي يقبل الإفصاح يؤدي، ضمن دوره في الوصف، إلى تشغيل وظيفة التسمية، وهي وظيفة تسمح، من طريق تمفصلها مع مصطلح ثابت وراسخ، بالمقارنة والتعميم والإقامة داخل مجموعة. وبفضل هذه الوظيفة المزدوجة، يضمن الجهدُ التوصيفي «مخزونًا حذِرًا كي يرتفع إلى مَشاهد عامة من دون أن يمنح الواقعَ تعبيرات تجريدية»، و «توزيعًا بسيطًا ومنتظمًا مؤسَّسًا دومًا على علاقات البنيات أو على الوظائف العضوية للأجزاء»[17].

في هذا الانتقال التام والكامل، من **شمولية المرئي إلى بنية المجموع القابل للإفصاح**، يكتمل أخيرًا هذا التحليل المهم للمدرَك الذي لم يتوصل معمار اللوحة، الهندسي بسذاجة، إلى تأمينه.

إن الوصف، أو بالأحرى الجهد الضمني للغة ضمن الوصف، هو ما يسمح بتحويل العرَض إلى علامة، والانتقال من المريض إلى المرض، والدخول من الفردي إلى التصوري. وهنا ينعقد، من طريق فضائل الوصف التلقائية، الرابطُ بين حقل الحوادث المرضية التصادفي، والميدان التعليمي حيث تصوغ [هذه الحوادث] نظام حقيقتها. أنْ تصف، هو أن تتبع ترتيب المظاهر، وكذلك أن تتبع توالي نشأتها المعقول، وهو أن ترى وتعرف في الوقت نفسه، لأننا حين نقول ما نراه، فإننا ندمجه تلقائيًا بالمعرفة، وهو أيضًا أن تتعلم أن ترى، لأن ذلك يعني

(16) Philippe Pinel, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (Paris: Maradan, an VI [s. d.]; 1813), «Introduction,» p. iii.

(17) Ibid., pp. iii-iv.

إعطاءَ مفتاح لغةٍ تسيطر على المرئي. ينبغي عدم البحث عن اللغة المُتقَنة، التي كان كونديالك وخلَفُهُ يرون فيها الحالة المثالية للمعرفة العلمية، مثلما يفعل بتعجُّل بعض الأطباء[18] من جهة لغة الحسابات، بل من جهة هذه **اللغة المتزنة** التي هي في آن على قدر الأشياءِ التي تصفها، واللغةِ التي توصف بها هذه الأشياء. يجب إذًا، أن نستعيض عن حلُم بنيةٍ رياضياتية (تُنسب إلى) اللغة الطبية، بالبحث عن مقياس داخلي معيّن قائم على الأمانة والثبات، وعن انفتاح أولي ومطلق على الأشياء وصرامةٍ في الاستخدام المتروي للقيم الدلالية. «إن فن وصف الوقائع هو الفن الأسمى في الطب: كل شيء يبهت حيالَه»[19].

في ما يتجاوز كل هذه الجهود التي بذلها التفكير السريري في سبيل تحديد مناهجه ومعاييره العلمية، تحوم الأسطورة الكبرى عن **معاينة** (Regard) نقية ستكون **لغةً** (Langage) نقية: إنها العيْنُ التي سوف تنطق. فهي سوف تطوف في جميع الحقل الاستشفائي، تستقبل الحوادث الفريدة كلّها التي تُنتَج فيه وتجمعها، وهي بمقدار ما تَرى، فإنها تَرى أكثر وأفضلٍ، وسوف تصنع لنفسها كلامًا يعلِن ويعلّم، فالحقيقة التي سوف ترسمها الحوادثُ من خلال تكرارها والتقائها سوف تكون، تحت نظرها، ومن طريق هذه النظرة وضمن نظامها بالذات، محفوظة تحت شكل تعليم لهؤلاء الذين لا يعرفون ولم يروا حتى الآن. هذه العين التي تتكلم سوف تكون خادمةً الأشياءَ وسيدةَ الحقيقة.

إننا نفهم كيف تمكنت باطنية طبية معينة من أن تتكوّن حول هذه الثيمات بعد الحلم الثوري بعلمٍ وبممارسةٍ مفتوحين بالمطلق. بعد الآن لن نعاين المرئيَ إلا لأننا نعرف اللغة، وأصبحت الأشياء متاحةً لمن اخترق عالمَ الكلمات المغلق، فإذا ما تواصلت الكلمات مع الأشياء، فهذا يعني أنها تخضع لقاعدتها الداخلية الأصيلة. هذه الباطنية الجديدة تختلف في بنيتها ومعناها واستخدامها عن تلك التي كانت تجعل أطباء موليير[20] (Molière) يتكلمون اللاتينية. يكفي إذًا، ألّا تكون

(18) يُراجع الفصل السادس من هذا الكتاب.

(19) L. V. Frédéric Amard, *Association intellectuelle*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1821), p. 64.

(20) موليير (Molière) (1622-1673)، مسرحي فرنسي، مشهور بكوميدياته، ومنها «الطبيب الطائر» و«طبيب على الرغم منه»، و«المريض بالوهم». (المترجم)

مفهومة، وأن تصون، في مستوى صوغ اللغة، امتيازاتِ الطوائف الحرفية لمهنةٍ ما، والآن نسعى إلى اكتساب سيطرة عملية على الأشياء من طريق استخدام تركيبي [نحوي] مضبوط وإلفةٍ دلالية صعبةٍ مع اللغة. إنّ الوصف في الطب السريري لا يعني أن يوضع المخبّأ أو المخفيُّ في متناول مَن لا يملكون منفذًا إليه، بل أن يُنطِق كلَّ ما يراه الناس من دون أن يروا، وأن يجعله يتكلم مع من تلقنوا Initiées الكلام الصحيح فحسب. إنّ «بضعة إرشادات نقدمها عن أمر دقيق تمامًا، يظل دومًا فوق متناول الجمهور»[21]. إننا نعثر هنا، في مستوى البنيات النظرية، على هذه الثيمة التلقينية (Initiatique) التي وُجد مخططها سابقًا في أشكال المعاهد [الدراسية] لتلك الحقبة[22]. إننا في قلب التجربة السريرية بصفتها شكلًا لـ **تظاهر** الأشياء في حقيقتها، وشكلًا لـ **تلقين** (initiation) حقيقة الأشياء، وهذا ما سيعلنه بويّو (Bouillaud) بعد نحو أربعين عامًا، على أنه بداهة عادية. «يمكن اعتبار السريريات الطبية إما بمنزلة علم، وإما بمنزلة طريقة لتعليم الطب»[23].

***

المعاينة التي تصغي والمعاينة التي تتكلم: تمثّل التجربة السريرية لحظةَ توازنٍ بين الكلام والمشهد. إنه توازن مقلقل، لأنه يستند إلى مسلّمة مذهلة، وهي أن كل ما هو مرئي يمكن **الإفصاح عنه**، وهو **بكامله** مرئي لأنه كله يقبل **الإفصاح**، غير أن معكوسيةً كاملة للمرئي ضمن المفصَح عنه تبقى في السريريات حاجةً وحدًّا بدل أن تكون مبدأً أصليًا. إن قابلية **الوصف** الكامل هي أفقٌ حاضرٌ ومتراجع، إنها حلم لفكرٍ أكثر مما هي بنية تصورية أساسية.

لهذا سببٌ تاريخي بسيط. إن منطق كوندياك الذي خدم السريريات كأنموذج إبيستمولوجي لم يكن يسمح بعلم يُؤخذ فيه المرئي والقابل للقول [للوصف] (dicible) ضمن تطابق شامل. لقد حادت فلسفة كوندياك شيئًا فشيئًا عن تحليل

---

(21) Ibid., p. 65.

(والتلقين هنا نسبة إلى السرية أي الباطنية التي تنقل أسرارها إلى المنسَّبين أو الملقَّنين عبر هذه العملية المسماة التلقين أو المسارة. (المراجع)

(22) يُراجع الفصل الخامس من هذا الكتاب.

(23) Jean Bouillaud, *Essai sur la philosophie médicale* (Paris: [s. n.], 1831), p. 244.

الانطباع الأصلي إلى منطق عملياتي للعلامات، ثم حادت عن هذا المنطق، إلى تأسيس معرفة ستكون لغة وحسابًا في آن؛ إذ إن مفهوم العنصر المستخدم في ثلاثة مستويات، وفي كل مرة بمعنى مختلف، كان يضمن على امتداد هذا التفكير اتصاليةً غامضة، لكن من دون بنية منطقية محددة ومتماسكة. لم يستخلص كوندياك قطّ نظرية كونية عن العنصر، سواء أكان هذا العنصر إدراكيًا أم لغويًا أم قابلًا للحساب؛ إذ تردد على الدوام بين منطقين للعمليات: منطق النشأة ومنطق الحساب. من هنا، التعريف المزدوج للتحليل، إرجاع الأفكار المعقدة «إلى الأفكار البسيطة التي تتألف منها، ومتابعة تقدم توالدها»[24]، والبحث عن الحقيقة «من طريق نوع من الحساب، أي بتأليف المفاهيم وتفكيكها بغيةَ المقارنة في ما بينها بالطريقة الأكثر ملاءمة للاكتشافات التي تقع أمام النظر»[25].

أرخى هذا الغموض بثقله على المنهج السريري، لكن هذا المنهج عمل تبعًا لمنحى تصوري مخالف تمامًا للتطور عند كوندياك: قلبٌ كامل بين نقطة الأصل ونقطة الاكتمال.

عاود هذا الغموض النزول من تطلّب الحساب إلى أولية (primat) النشأة، بمعنى أنه بعد أن سعى إلى تحديد مسلّمة التوافق بين المرئي، الذي يقبل الإفصاح من طريق عملية حسابية كونية وشاقة، أعطى هذه المسلمة معنى قابلية كلية وشاملة للوصف. ولم تعد العملية الرئيسة من مرتبة الضمّ [التجميع]، بل من مرتبة الوصف التركيبي [النحوي]. ومن هذه الحركة التي تستعيد، باتجاه معكوس، كلَّ منطلق كوندياك، ما من شيء يشهد على ذلك أفضل من فكر كابانيس إذا ما قارناه بتحليل برولي. فهذا يريد «اعتبار اليقين بمنزلة كلٍّ يمكن أن ينقسم بمقدار ما نريد من الاحتمالات»، و«الاحتمال الواحد هو إذًا درجة، جزءٌ من اليقين يختلف عنه بمقدار ما يختلف الجزء عن الكل»[26]؛ ينبغي الحصول على اليقين الطبي إذًا من طريق ضمّ الاحتمالات. وبعد أن أرسى قواعد هذا الضم، أعلن برولي أنه

---

(24) Étienne Bonnot de Condillac, «Essai sur l'origine des connaissances humaines,» dans: *Oeuvres complètes*, t. 1 (Paris: impr. de C. Houel, an VI [1798]), p. 162.

(25) Ibid., p. 110.

(26) Charles-Augustin Brulley, *De l'art de conjecturer en médecine* (Paris: [s. n.], 1801), pp. 26-27.

لن يمضي أبعد من ذلك، وعليه أن يترك لطبيب أكثر شهرة منه أن يقدّم إضاءات حول هذا الموضوع، لأنه سيجد هو نفسه مشقة في تقديمها[27]. من المرجح تمامًا أن المقصود هو كابانيس. والسبب أنه، في [كتاب] **ثورات الطب**، لم يتحدد شكلُ العلم المؤكدُ من طريق نمط من الحساب، بل من طريق تنظيم تكون قيمةُ تعبيرية بشكل أساس، ولم يعد المقصود إنشاء حساب للمضي من المحتمل إلى المؤكد، إنما المقصود تثبيت تركيب [نحوي] للمضي من العنصر المدرَك إلى تماسك الخطاب. «إذًا، ينبغي أن يكون القسمُ النظري لعلم ما الإعلانَ البسيط لتسلسل التصنيف وللعلاقات بين جميع الوقائع التي يتكوّن منها هذا العلم؛ يجب أن يكون، فلنقل ذلك، التعبير المختصر عنها»[28]. وإذا ما ترك كابانيس مكانًا لحساب الاحتمالات في بناء صرح الطب، فهذا وحدَه يُعدّ عنصرًا بين غيره، في كامل بنيان الخطاب العلمي. لقد كان برولي يسعى إلى أن يضع نفسه في مستوى **لغة الحسابات**، ومع أن كابانيس استشهد بهذا النص الأخير، فإن فكره يقع من الناحية الإبيستمولوجية على قدم وساق مع [كتاب كونديياك] **بحث حول أصل المعارف** (*Essai sur l'origine des connaissances*).

في إمكاننا أن نفكر – على غرار جميع الأطباء في تلك الفترة – أن الأشياء لن تبقى هنا، وأنه في هذا المستوى كان من الممكن إيجاد توازن من دون مشكلة بين أشكال تكوين المرئي والقواعد التركيبية لما يقبل الإفصاح. إن هي إلّا فترة قصيرة من النشوة، وعصرٌ ذهبيٌّ لا غدَ لهُ، حيث كانت الرؤية، القول، وتعلّم كيفية الرؤية، أمورًا تتلاقى في شفافية مباشرة. كانت التجربة علمًا كامل الشرعية، وكانت «المعرفة» تسير بخطى «التعلم» ذاتها. وكانت المعاينة تَقرأ بعلو وكبرياء نصًا جمعت من دون عناء كلامَه الواضح كي تعيد بناءه في خطاب مشابه ثانٍ. فهذا الكلام المقدَّم من طريق المرئي كان يقدِّم ما يُرى من دون أي تبديل. وكانت المعاينة تستعيد في تمرينها المهيمن بُنيات الوضوح التي وضعتها بنفسها ضمن حقل الإدراك الحسي.

---

(27) Ibid.

(28) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Coup d'œil sur les révolutions et la réforme de la médecine* (Paris: [s. n.], 1804), p. 271.

لكن شكل الشفافية المعمم هذا يُبقي على إبهام كيان اللغة، أو أقلّه كيان المنظومة التي يجب أن تكون أساسَه ومبررَه وأداتَه الدقيقة في آن. إن مثل هذا القصور الذي هو في الوقت ذاته قصور منطق كونديياك، يفتح الحقل أمام عدد معين من الأساطير الإبيستمولوجية التي تقنّعه. لكنها تقود السريريات سلفًا إلى أماكن جديدة حيث تتسمّك فيها الرؤية وتضطرب، وحيث المعاينة تصطدم بكتل غامضة، بأجرام متعذرة الاختراق، بحجر البدن الأسود.

1- الأسطورة الأولى إبيستمولوجية وتخصّ بنية المرض الأبجدية: في نهاية القرن الثامن عشر، كانت الأبجدية تبدو لعلماء قواعد اللغة بمنزلة مخطط التحليل المثالي والشكل الأخير لتفكيك لغةٍ ما، من هنا كانت تشكل سبيل التدريب على هذه اللغة. انتقلت هذه الصورة الأبجدية من دون تبديل جوهري إلى تعريف المعاينة السريرية. فالقسم الأصغر القابل للمشاهدة، الذي يجب الانطلاق منه ولا يمكن المضي أبعد منه، هو الانطباع الفريد الذي نتلقاه عن المريض، أو بالأحرى عن عرَض واحد لدى المريض، فهو لا يعني شيئًا بمفرده، لكنه يأخذ معنى وقيمة، ويبدأ الكلام إذا دخل في تركيبٍ مع باقي العناصر. «فالمشاهدات الخاصة والمعزولة تقع من العلم موقعَ الأحرف والكلمات من الخطاب؛ فهذا لا يقوم إلا بالتقاء الأحرف والكلمات واجتماعها، التي يجب دراستها وتأمل آليتها وقيمتها قبل أن نستخدمها استخدامًا صحيحًا ومفيدًا، وهذا هو شأن المشاهدات»[29]. إنّ بنية المرض الأبجدية هذه لا تضمن أن في إمكاننا الصعود إلى العنصر العصي على التجاوز فحسب، بل تضمن لنا أيضًا أن يكون عدد هذه العناصر محدودًا، بل ومحصورًا. إنّ ما هو متنوع وفي الظاهر غير محدود، ليس الانطباعات الأولى، إنما توليفاتها داخل المرض الواحد ذاته. ومثلما أن العدد الصغير من «التغيرات التي يسميها علماء القواعد الأحرف الصامتة» يكفي من أجل الإضفاء على «التعبير عن الانفعال دقةً في التفكير»، كذلك الأمر بخصوص الظواهر المرَضية، «في كل حالة جديدة، قد يأخذنا الظنّ إلى أنها حيثيات جديدة، إلّا أنها لا تعدو كونها توليفات أخرى. ففي الحالة

---

(29) Double, p. 79.

المرَضية لا يوجد البتّة سوى عدد صغير من الظواهر الأساسية... فالنظام الذي تظهر به، وأهميتها، والعلاقات المختلفة في ما بينها، تكفي من أجل توليد جميع ضروب الأمراض»[30].

2 - **المعاينة السريرية تمارس على كينونة المرض اختزالًا اسميًا** (nominaliste):

إنّ الأمراض المؤلفة من أحرف لا تمتلك حقيقةً أخرى غير نظام تركيبها. إن تنويعاتها تُحيل في التحليل الأخير على هذه القلة من الأفراد البسيطين، أما كل ما يمكن بناؤه معها وفوقها فهو ليس أكثر من اسم. اسم بمعنى مزدوج، بالمعنى الذي يستخدمه الاسميون عندما ينتقدون الحقيقة الماهوية للكائنات المجردة والعامة، وبمعنى آخر، هو أقرب إلى فلسفة اللغة، لأن شكل تركيب كينونة المرض هو من نمط لغوي. بخصوص الكائن الفرد والعياني، لا يُعدّ المرض سوى اسم، أما في ما خصّ العناصر المعزولة التي يتألف منها، فإنه يمتلك كامل البنية الصارمة لتعيين لفظي. فالسؤال عما هو جوهر المرض «هو كما لو أنك تسأل ما هي طبيعة جوهر كلمة ما؟»[31]. (فأن ترى) رجلًا يسعل ويبصق دمًا ويتنفس بصعوبة ونبضُه سريع وقوي وحرارته مرتفعة، فهذه جميعها انطباعات فورية، بقدر ما هي أحرف. وباجتماعها معًا، فإنها تشكل مرضًا، هو ذات الجنب، «لكن ما هو مرض ذات الجنب؟... إنه اجتماع هذه الحوادث التي تشكله. ولا تفعل كلمة ذات الجنب سوى أن تكتبها بطريقة أكثر اختصارًا». أما عبارة «ذات الجنب» فلا تزيد عن أن تكون العبارة بذاتها، إنها «تُعبِّر عن تجريد في الذهن»، وهي على غرار الكلمة، بنيةٌ بَيّنة الحدود، وصورة متعددة «تترافق فيها الحوادث العارضة كافة. وإذا ما نقص منها حدث أو أكثر، فهي لن تعود ذات الجنب، أو ذات الجنب الحقيقية في الأقل»[32]. إنّ المرض، على غرار الكلمة، محروم من الكينونة، لكنه كالكلمة مزود بهيئة. والاختزال التسموي للوجود يحرر حقيقةً ثابتة. وهذا هو السبب في أن:

---

(30) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Du Degré de certitude de la médecine*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1819), p. 86.

(31) Ibid., p. 66.

(32) Ibid., p. 66.

3- المعاينة السريرية تمارِس على الظواهر المَرَضية اختزالًا من النمط الكيميائي: فالمعاينة لدى أنصار الوصف المنزولي حتى نهاية القرن الثامن عشر كانت معاينة البستاني؛ إذ كان يجب تمييز الجوهر النوعي في تنوع المظاهر. وفي بداية القرن التاسع عشر، جاء أنموذج آخر ليفرض نفسه، إنه أنموذج العملية الكيميائية الذي يسمح من خلال عزل العناصر المكوِّنة، بتحديد التركيب، وبناء النقاط المشتركة، والتشابهات والفروق مع المجموعات الأخرى، ومن ثم تأسيس تصنيف لم يعد يقوم على أنماط نوعية، إنما على أشكال من العلاقات: «بدلًا من اتّباع مثال البستانيين [علماء النبات]، ألا يعود من واجب علماء المنزوليات أن يأخذوا بالأحرى أنموذج علماء الكيمياء والمعادن، بمعنى أن يقتنعوا بتصنيف عناصر الأمراض وتوليفاتها الأكثر تواترًا؟»[33]. إن مفهوم التحليل المطبّق على السريريات، الذي تعرفنا فيه توًا إلى معنى شبه لغوي ومعنى شبه رياضياتي[34]، سوف يقترب الآن من دلالة كيميائية، سيكون له كأفق عزل الأجسام النقية، ووصف تجمعها. لقد انتقلنا من ثيمة الضمّ [التجميع] (combinatoire) إلى ثيمة التركيب (syntaxe)، وأخيرًا إلى ثيمة التوليف (combinaison).

من باب المقابلة، إن معاينة الطبيب تصبح المعادل الوظيفي لنار الاحتراق الكيميائية، ومن طريقها يمكن أن تتحرر نقاوة الظواهر الجوهرية، فهي العامل الفاصل للحقائق. وكما أن الاحتراق لا يفصح عن سره إلا بشدة النار ذاتها، وأنه من العبث، بمجرد أن يشتعل اللهب، مساءلةُ ما يمكن أن يبقى من بودرة خامدة، أي الرأس الميت (caput mortuum)، كذلك فإنه في فعل الصوت والوضوح الساطع، الذي ينتشر على الظواهر، تنكشف الحقيقة، «ليست رفات الاحتراق المَرَضي ما يريد الطبيبُ معرفتَه، بل نوع الاحتراق»[35]. عليه، فإنّ المعاينة السريرية هي معاينة تحرق الأشياءَ حتى حقيقتها القصوى. فالانتباه الذي تشاهِد به، والحركة التي تُعلِن بها، هما في نهاية المطاف مستمدّان من هذا الفعل الغريب الذي يُتلِف.

---

(33) J. B. E. Demorcy-Delettre, *Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine* (Paris: [s. n.], 1810), p. 135.

(34) يُراجع الفصل السادس من هذا الكتاب.

(35) Amard, t. 2, p. 389.

كما أن الواقعية التي تَقرأ بها تلقائيًا الخطاب من أجل بنائه كما هو، ليست متوافقة مع نفسها مثلما يُفترض، فحقيقتها متاحة في تفكيك يزيد على كونه قراءة، لأن المقصود هو تحرير بنية ضمنية. وبدءًا من الآن نرى أن السريريات لم يعد عليها أن تقرأ المرئي فحسب، بل عليها أن تكتشف أسراره أيضًا.

4 - **التجربة السريرية تتماهى مع إحساس مرهف**: المعاينة الطبية ليست معاينةَ عينٍ ذكية تستطيع، تحت الظواهر، أن تدرك نقاوة الجواهر غير المتبدلة. إنها معاينة للإحساس الملموس، معاينة تمضي من جسم إلى جسم، ويقع طريقُها بالكامل في حيز التظاهرات المحسوسة. ذلك أنّ كل حقيقة بالنسبة إلى السريريات هي حقيقة محسوسة، «تكاد النظرية تصمت أو تتلاشى دومًا عند سرير المرضى لتُخلي مكانها إلى المشاهدة والتجربة، إذًا! علامَ تقوم التجربة والمشاهدة إن لم يكن على الصلة بحواسنا؟ وماذا ستكون هذه وتلك من دون هؤلاء الأدلّاء الأمناء؟»(36). وإذا لم تكن هذه المعارف، على صعيد الاستخدام المباشر للحواس، معطاة منذ البداية، وإذا كانت تستطيع اكتساب العمق والسيطرة، فهذا ليس من طريق فارق في المستوى يسمح لها بالولوج إلى شيء آخر غير نفسها، إنما بفضل سيادة داخلية بالكامل على ميدانها البحت، فهي لا تتعمق إلّا في مستواها الذي هو مستوى إدراك الحواس الخالص، لأن الحاسة لا تولد أبدًا إلا من حاسة. ما هي إذًا «نظرة (coup d' œil) الطبيب التي غالبًا ما يتغلب بها على الإلمام المعرفي الأكثر اتساعًا وعلى التعليم الأكثر متانة، إن لم تكن نتيجة التواتر المنهجي، وتمرين الحواسّ تمرينًا صحيحًا، تلك (الحواسّ) التي تُشتَقّ منها هذه السهولة في التطبيق، وهذه الرشاقة في العلاقة، وهذه الموثوقية في الحكم التي تتصف أحيانًا بسرعةٍ تبدو فيها الأفعال كلها متزامنة، والتي يشتمل مجموعها على ما يسمى اللمس؟»(37). هكذا، فإن هذه [القدرة] الحواسية في المعرفة التي تتضمن الاقترانَ بين مجالٍ استشفائي وميدان تعليمي، وتحديدَ حقلٍ للاحتمالية وبنيةٍ لغوية للواقعي، تنحصر في تمجيد الحساسية الفورية.

---

(36) Corvisart, Préface, p. vii.

(37) Ibid., p. x.

ينتشر بُعد التحليل بكامله في مستوى جمالي واحد. لكنّ هذه الجمالية لا تحدِّد الشكلَ الأصلي لكل حقيقة فحسب، بل تفرض في الوقت ذاته قواعدَ التمرين أيضًا، وتصير في مستوى ثانٍ جماليةً، بمعنى أنها تفرض معايير الفن. لقد أصبحت **الحقيقةُ** المحسوسة مفتوحةً، أكثر من الحواس ذاتها، على حساسية جميلة. يتلخص كامل بنية السريريات المعقدة ويكتمل في سرعة الفن المذهلة. «في الطب كل شيء تقريبًا يعتمد على نظرة أو على غريزة مواتية، وتوجد اليقينيات ضمن أحاسيس الفنان بالذات أكثر مما في مبادئ الفن»[38]. تتحول العدة التقنية للمعاينة الطبية نصائحَ حول الحذر والذائقة والمهارة. فالمطلوب فيها هو «مقدار كبير من الحكمة»، و«مقدار كبير من الانتباه»، و«مقدار كبير من الدقة»، و«مقدار كبير من البراعة»، و«مقدار كبير من الصبر»[39].

في هذا المستوى، تكون القواعد كلها معلقة، أو بالأحرى تحلُّ، بالتدريج وفي اضطراب ظاهري، القواعدُ التي ستشكل **النظرةَ**، محلَّ تلك التي كانت تشكل جوهر **المعاينة** السريرية. إنها قواعد شديدة الاختلاف. فالمعاينة تتضمن في الحقيقة حقلًا مفتوحًا، ويكون نشاطها الرئيس من مرتبة التعاقب في القراءة. إنها تسجل وتُجمِّل، وتشكل شيئًا فشيئًا التنظميات الماثلة [المحايثة]، وتمتد ضمن عالم هو سلفًا عالم اللغة. لهذا السبب تقترب تلقائيًا من الإصغاء ومن الكلام، وتشكل التمفصل المأثور لجانبي القول (Dire) الأساسيين (ما قيل، وما يقال). أما النظرة فهي لا تحوم فوق حقل. إنها تقرع فوق نقطة معينة تمتلك ميزةَ كونها النقطة المركزية أو الحاسمة، وفي حين تتعدل المعاينة بشكل غير محدود، فإن النظرة تمضي مستقيمة. فالنظرة تنتقي، والخط الذي تتعقبه يميز على الفور ما هو جوهري، لذلك تمضي أبعد مما يُرى، ولا تنخدع بأشكال المحسوس المباشرة التي تحسن عبورَها، إنها في جوهرها كاشفةٌ السر. فإذا قرعتْ بثقتها العنيفة، فهذا لتحطم، ولترفع، ولتعتق المظهر. إنها لا تحفل بجميع تعسفات اللغة. إن النظرة صامتة مثل إصبع مرفوعة، إصبع تشير. إنها من مرتبة غير لفظية **للملامسة**، ملامسة

---

(38) Cabanis, *Du Degré de certitude*, p. 126.

(39) Roucher-Deratte, pp. 87-99.

مثالية على نحو نقي بالتأكيد، إنما أكثر **اصطدامًا** في العمق لأنها تَعبر بشكل أفضل وتمضي أبعد تحت الأشياء. إنّ العين السريرية تكتشف في نفسها قرابة مع حاسة جديدة تفرض عليها معاييرها وبنيتها الإبيستمولوجية، وهي لم تعد الأذنَ المشنَّفةَ نحو اللغة، إنما هي السبابة التي تجس الأعماق. من هنا، هذا التحول في اللمس الذي من طريقه يمضي الأطباء من دون توقف في تحديد ما تعني نظرتهم[40].

ضمن هذه الصورة الجديدة التي تقدِّم نفسها بنفسها، تتسلح التجربة السريرية من أجل استكشاف حيّز جديد، هو حيّز البدن الملموس (tangible) الذي هو هذه الكتلة المعتمة حيث تختبئ الأسرارُ، أي الآفات غير المرئية، وهو في الآن نفسه سرُّ أصلها بالذات. وشيئًا فشيئًا، سوف يتقهقر طب الأعراض كي يتبدد أمام طب الأعضاء والبؤر والأسباب، حيال سريريات منظمة بالكامل حول التشريح المرضي. وهذا هو عصر بيشا (Bichat).

---

(40) Corvisart, Préface, p. 122.

الفصل الثامن

افتحوا بضع جثث

ربطِ المؤرخون، منذ فترة مبكرة، بين الذهنية الطبية الجديدة واكتشاف التشريح المرضي؛ إذ بدا أنه يحددها من حيث الجوهر، ويدعمها ويغطيها، ويشكل منها في آن التعبير الأكثر حيوية والسبب الأكثر عمقًا، وبدا أن مناهج التحليل والفحص السريري، بل وإعادة تنظيم المدارس والمستشفيات تستمد أهميتها من التشريح المرضي. لقد «بدأ عصر جديد بالكامل بالنسبة إلى الطب في فرنسا... فالتحليل المطبّق على دراسة الظواهر الفيزيولوجية، والنظرة المتنورة تجاه كتابات العصور القديمة، واتحاد الطب مع الجراحة، وتنظيم المدارس السريرية، قد أحدثت (جميعها) هذه الثورة المذهلة التي تتصف بالتقدم في التشريح المرضي»[1]. وحظي هذا التشريح بامتياز لافت في أن يأتي في اللحظة الأخيرة من المعرفة، ليقدم المبادئ الأولى لصفتها الوضعية.

لماذا هذا الانقلاب في التعاقب الزمني؟ لماذا وَضَع الزمنُ في نهاية المطاف ما كان متضمَّنًا في البداية، بعد أن شقَّ الطريق وسوَّغه؟ لقد تكرر التفسير ذاته على مدى مئة وخمسين عامًا، لم يستطع الطب أن يجد منفذًا إلى ما كان يؤسسه من الناحية العلمية، إلا بأن يلتفَّ، ببطء وحذر، حول عقبة كأداء، وهي أن الدين والأخلاق والأحكام المسبقة المستعصية، كانت تعارض فتح الجثث. وبالتالي، لم يعش التشريح المرضي إلا في الظل، على تخوم الممنوع وبفضل جرأة المعارف المتخفية التي كانت تكابد اللعنة، فكان التشريح يتم في جنح الظلام فحسب، في الخوف الهائل من الموتى. كان فالسالفا (Valsalva) «في مطلع النهار، وفي مقدم الليل»، «يتسلل خلسةً إلى المقابر، كي يدرس على مهل كيف تتقدم الحياة ويحصل الهلاك»، وها هو أيضًا مورغانيي (Morgagni) «يفتش في قبور

---

(1) Pierre François Olive Rayer, *Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique* (Paris: [s. n.], 1818), «Introduction,» p. v.

الموتى ويمرّر مبضعه على الجثث المسروقة من التوابيت»[2]. وبعد ذلك أتت الأنوار، وصار من حق الموت أن يحظى بالوضوح، وأصبح مصدرًا وموضوعًا للمعرفة بالنسبة إلى العقل الفلسفي: «لمّا أدخلت الفلسفة شعلتها وسط الشعوب المتحضرة، سمحت أخيرًا بإلقاء نظرة متفحصة على البقايا غير الحية للجسد الإنساني، وأصبح رميمه، وكان فريسة تافهة للديدان، المصدرَ الخصب للحقائق الأكثر فائدة»[3]. إنه تحول رائع للجثة. لقد حَكم عليها الاحترامُ الباهت بالتفسخ، وبالفِعلة السوداء للتخريب، وفي خضم جسارة الحركة التي لا تنتهك إلا لتكشف، صارت الجثّة هي اللحظة الأكثر وضوحًا من بين صوَر الحقيقة. تُنسج الحقيقة هناك حيث تتشكل اليرقة.

إن هذه الرواية خاطئة من الناحية التاريخية؛ ذلك أن مورغانيي لم يجد، في أواسط القرن الثامن عشر، صعوبةً في تشريح الجثث، وكذلك هنتر (Hunter) بعده بأعوام عدة، فالصراعات التي رواها كاتب سيرته تقع في مرتبة التندر، ولا تدل من حيث المبدأ على أي اعتراض[4]. فقد كان القسم السريري في فيينا يحتوي في عام 1754 على صالة للتشريح، على غرار الصالة في بافيا التي نظمها تيسو، وفي أوتيل ديو تمكّن ديزو بحرّية من أن «يبين في الأجسام الميتة التبدلاتِ التي جعلت فن المعالجة غير مجدٍ»[5]. ويكفي أن نذكّر بالمادة 25 من مرسوم مارلي: «يطلب فيها إلى القضاة وإلى مديري المستشفيات أن يمنحوا الأساتذة الجثث كي يبينوا الدلائل التشريحية، ويعلّموا العمليات الجراحية»[6]. ما من نقص إذًا في الجثث في القرن الثامن عشر، وما من انتهاك للقبور ولا قداسات شيطانية تشريحية، إننا

---

(2) Leon Rostan, *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1826), p. 8.

(3) Jean Louis Alibert, *Nosologie naturelle ou les maladies du corps humain: Distribuées par familles*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1817), Préliminaire, p. LVI.

(4) يُنظر قصة تشريح جثة العملاق في: Drewry Ottley, «Vie de John Hunter,» dans: John Hunter, *Oeuvres complètes*, tr. fr, t. 1 (Paris: [s. n.], 1839), p. 126.

(5) Marc-Antoine Petit, «Éloge de Desault (1795),» dans: *Essais sur la médecine du cœur: Auquel on a joint les principaux discours prononcés à l'ouverture des cours d'anatomie, d'opérations et de chirurgie climique, de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, p. 108.

(6) يُنظر: Jean-Emmanuel Gilibert, *L'Anarchie médicinale ou la médecine considérée comme nuisible à la société*, t. 1 (Neuchâtel: [s. n.], 1772), p. 100.

في وضح النهار، ولا سيّما في ما يخص التشريح. أضفى التاريخُ على نهاية النظام القديم، من طريق وهم شائع طرحه ميشليه[7] (Michelet)، أبعادًا أسطورية، وألوانَ العصور الوسطى في سنواتها الأخيرة، ومزج جَيَشان عصر النهضة بقضايا التنوير وما فيه من سجالات.

في تاريخ الطب، يمتلك هذا الوهم معنى محددًا، فهو يعمل بوصفه تبريرًا ارتجاعيًا، فإن كانت المعتقدات القديمة تمتلك، ولفترة طويلة، مثل هذه القدرة على المنع، فهذا يعني أن الأطباء كانوا قد اختبروا، في أساس دافعهم العلمي، الحاجةَ المكبوتة إلى تشريح الجثث. هنا تكمن نقطةُ الخطأ، والسببُ الصامت الذي أدى إلى اقترافه دومًا. ففي اليوم الذي قُبل أن تفسِّر الآفات الأعراضَ، وأن يقدّم التشريح المرضي أساسًا للسريريات، صار من اللازم استحضار تاريخ تَعرَّضَ للتجميل، حيث كان تشريح الجثث، تحت عنوان المتطلبات العلمية في الأقل يتفوق على مشاهدة المرضى، وهي مؤكّدة في النهاية، وكان ينبغي أن تكون الحاجة إلى معرفة الميت موجودة سلفًا عندما ظهر الانشغال بفهم الحي. وهكذا، كيفما اتفق، تم تخيل مكائد سود عن التشريح، أو كنيسة للتشريح مناضلة ومُكابدة، كانت عقليّتها المخبَّأة ستسمح بوجود السريريات قبل أن تظهر هذه الأخيرة في ممارسةٍ لتشريح الجثث منتظمةٍ ومسموحة وفي وضح النهار...

لكنّ الوقائع الزمنية لا تقبل التطويع. فقد نشر مورغانيي كتابه **عن الموضع** (*De sedibus*) في عام 1760، وأخذ مكانه ضمن سلالة فالسالفا الكبرى، وبينهما كتاب **القبور** (*Sepulchretum*) لـ بونيه (Bonet)، وقدّم ليوتو (Lieutaud) موجزًا له في عام 1767. كانت الجثة جزءًا من الحقل الطبي من دون اعتراض ديني أو أخلاقي. والحال، كان لدى بيشا ومعاصريه رغبةٌ **في إعادة اكتشاف** التشريح المرضي في ما وراء المنطقة المظلمة. هناك فترة كامنة تفصل بين نص مورغانيي واكتشاف أوينبروغر (Auenbrugger) عن استخدام بيشا وكورفيزار إياهما. أربعون عامًا هي التي تَشكل خلالها المنهج السريري. ههنا وليس في تسلط الوساوس

(7) ميشليه (Jules Michelet) (1798-1874)، مؤرّخ فرنسي، مختصّ بتاريخ الثورة الفرنسية، ويمتاز تأريخه للثورة بإبراز الشعب فاعلًا في الحوادث. (المترجم)

القديمة تكمن نقطة الكبح. فالسريريات، كونها نظرة محايدة تُلقَى على المظاهر والتواترات والتعاقب الزمني، ومشغولة بالتقريب بين الأعراض والقبض على لغتها، كانت ببنيتها غريبة عن هذا الاستقصاء للأجساد الصامتة واللازمنية، ذلك أنها لم تكن لتبالي بالأسباب أو بالمواضع. لقد اهتمت بالتاريخ، وليس بالجغرافيا. فالتشريح والسريريات ليسا من العقلية نفسها. إنه لأمر غريب بمقدار ما يبدو حاليًا التماسكُ التشريحي المرضي قائمًا وموغلًا في الزمن. إن التفكير السريري هو الذي منع الطبّ، على مدى أربعين عامًا، من الاستماع إلى درس مورغانيي؛ إذ لم تكن المعركة بين معرفة شابة ومعتقدات قديمة، إنما بين وجهين للمعرفة. وكي يندرج التشريح المرضي ويُقبَل داخل السريريات وجب حصول تهيئة متبادلة. هنا، ظهور خطوط جغرافية جديدة، وهناك، طريقة جديدة لقراءة الزمن. وفي نهاية هذا الترتيب المشاكس، ستنحاز معرفةُ المرض الحيّ والغامض إلى صفّ إمكان رؤية الموتى البيضاء.

مع ذلك، لم تكن العودة إلى مورغانيي لتعني لبيشا القطيعةَ مع التجربة السريرية التي كان قد بدأ يكتسبها. بل على العكس، إن وفاءه لمنهج الأطباء السريريين بقي أساسًا، وكذلك الانشغال، في ما هو أبعد من هذا المنهج الذي كان يتقاسمه مع بينل، في أن يقدم أساسًا للتصنيف المنزولي. لكن، من المفارقة أن تتم العودة إلى مسائل [كتاب] (*De Sedibus*) على أساس مشكلة تجميع الأعراض وترتيب الأمراض.

على غرار كتاب (*Sepulchretum*) وكتب كثيرة في القرنين السابع عشر والثامن عشر، كانت رسائل مورغانيي تحدد نوعية الأمراض من طريق التوزع الموضعي لأعراضها أو لنقاط منشئها. كان التوزعُ التشريحي المبدأ الموجِّه للتحليل المنزولي. فالجنون كان ينتمي، مثله مثل السكتة الدماغية، إلى أمراض الرأس، وكان الربو وذات الجنب والرئة والنفث الدموي تشكل أنواعًا متقاربة لأنها تتوضّع ثلاثتها في الصدر؛ ذلك أن القرابة المرضية استندت إلى مبدأ الجوار العضوي: فالحيز الذي يحددها كان موضعيًا. أما طب التصنيف ثم السريريات، ففصلا التحليل المرضي عن هذه النزعة المناطقية وشكّلا له حيزًا هو في آن أكثر تعقيدًا وأكثر تجريدًا، يهتم بمسألة النظام والتعاقبات والتوافقات والتشاكلات.

أما الاكتشاف الكبير لكتاب **الأغشية** (*Traité* des *membranes*) الذي انتظم ضمن **التشريح العام** (*Anatomie générale*)، فهو مبدأ فك لغز الحيّز البدني الذي هو في آن، جوّانيّ العضو، وبينيّ العضو، وعابرٌ العضو. هكذا، توقّف العنصرُ التشريحي عن أن يحدد الشكل الرئيس للتوضع المكاني وأن يوجّه، بعلاقة الجوار، طرائقَ الاتصال الفيزيولوجي أو المرضي، ولم يعد سوى شكل ثانٍ لحيز أولي يشكله من طريق اللف والتراكب والتسمك، وهذا الحيّز الأساس محدد بالكامل من طريق رقة النسيج، ويعدد [كتاب] **التشريح العام** واحدًا وعشرين نسيجًا هي: الخلوي والعصبي للحياة الحيوانية، العصبي للحياة العضوية، الشرياني، الوريدي، نسيج الأوعية الضاخة والماصّة، العظمي، النخاعي، الغضروفي، الليفي، الليفي الغضروفي، العضلي الحيواني، العضلي، المخاطي، المصْلي، الصفاقي، الغدي، الجلداني [الشبيه بالجلد]، البشراني [الشبيه بالبشرة] والشعري[8]. والأغشية كياناتٌ نسيجية، وهي على الرغم من رِّقة قوامها القصوى في معظم الأحيان، فإنها لا «تترابط إلا بصلات عضوية غير مباشرة مع الأجزاء المجاورة»[9]، وإن نظرة إجمالية في معظم الأحيان تخلطها بالعضو الذي تغلفه أو تحدّه، ولمّا شُرِّح القلب لم يُميَّز التأمور (péricarde)، وفي تشريح الرئة لم يُعزل الجنب [الجنبة]، واختلط البريطوان بالأعضاء الهضمية[10]. لكن يمكن، وينبغي، القيام بتحليل هذه الأجرام العضوية داخل السطوح النسيجية إذا أردنا أن نفهم تعقيد الأداء الوظيفي وتبدلاته. فالأعضاء المجوفة مفروشة بأغشية مخاطية، مغطاة «بسائل يقوم عادة بتبليل وجهها الحرّ، وتؤمنه غدد صغيرة متأصلة في بنيتها»، والتأمور والجنب والبريطوان والغشاء العنكبوتي هي أغشية مصلية «تتصف بالسائل البلغمي الذي يرطّبها باستمرار وينفصل بالضخ عن كتلة الدم، أما السمحاق (périoste) والأم الجافية والسفاق

(8) ما زال بعض هذه التسميات معتمدًا، وبعضها الآخر زال نهائيًا، مثل الأوعية الضاخة (Exhalant)؛ فهي تعبير تشريحي اقترحه بيشا لتفسير ضخّ السوائل ضمن الأنسجة (لم تكن فكرة التناضح أو الضغط الأوسموزي معروفة). (المترجم)

(9) Xavier Bichat, *Traité des membranes en général, et de diverses membranes en particulier*, Notes par Magendie (Paris: [s. n.], 1827), p. 6.

(10) Ibid., p. 1.

العضلي (aponévrose) فهي تتشكل من أغشية «لا يرطبها أي سائل»، و«تؤلف ليفًا أبيض شبيهًا بالأوتار»[11].

بدءًا من الأنسجة وحدها، تعمل الطبيعة بمواد بسيطة إلى أقصى حد. فهي عناصر الأعضاء، لكنها تجتازها، وتقارب بينها، وتشكل فوقها «أجهزة (systems)» واسعة، تمنح بدن الإنسان الأشكالَ العيانية لانسجامه. هناك مقدار من الأجهزة بمقدار الأنسجة، بها تذوب الخصوصية المعقدة التي لا تنضب للأعضاء، وفجأة، تصبح بسيطة. هكذا، تبدو الطبيعة «موحَّدة أينما كان في تصرفاتها، ومختلفة في ما ينجم عنها فحسب، ولئن كانت بخيلة بالوسائل التي تستخدمها، فهي سخية بالنتائج التي تحصل عليها، وهي تعدّل بألف طريقة بضعة مبادئ عامة»[12]. وما بين الأنسجة والأجهزة تبدو الأعضاء طيات وظيفية بسيطة، متعلقة بالكامل، سواء في دورها أم في اضطرابها، بالعناصر التي تكوّنها وبالمجمل الذي توجد ضمنه. لذا، ينبغي تحليل سماكتها وإسقاطها على سطحين: سطح أغشيتها الخاص، وسطح الأجهزة العام. ثم، بدلًا من مبدأ تنوع الأعضاء الذي كان يوجه التشريح لدى مورغانيي ومن سبقه، أحلَّ بيشا مبدأ تشاكل الأنسجة الذي أسسه على «التشابه المتزامن ما بين الشكل الخارجي والبنية والخواص الحيوية والوظائف»[13].

إنهما تصوران مختلفان من الناحية البنيوية؛ شاء مورغانيي أن يرى تحت سطح البدن سماكات الأعضاء التي تعيّن صورُها المتنوعة المرضَ، في حين أراد بيشا أن يردَّ الأجرام العضوية إلى سطوح نسيجية متجانسة ضخمة، إلى مساحات من التشابه تجد فيها التبدلاتُ الثانوية قراباتِها الأساسية. لقد فرض بيشا في كتاب **الأغشية** قراءة مواربة للبدن تتم بحسب رقعات من التشابهات التشريحية، تخترق الأعضاء وتغلفها وتفصل في ما بينها وتؤلف بينها وتفككها وتحللها، وتربط في الوقت نفسه بعضها ببعض. نحن هنا إزاء النمط ذاته من الإدراك الحسي الذي استعارته السريريات من فلسفة كونديلاك: إظهار عنصر أولي هو عامّ في الآن نفسه،

---

(11) Ibid., pp. 6-8.

(12) Ibid., p. 2.

(13) Ibid., p. 5.

وقراءة منهجية تصف قوانين التركيب، وهي تتفحص عناصره. يُعتبر بيشا محلِّلًا، بكل ما للكلمة من معنى، إن ردَّ جرمٍ عضوي إلى حيِّز نسيجي يُعتبر، في تطبيقات التحليل كلّها، الأكثر قربًا إلى الأنموذج الرياضياتي مما كان طُرِح. إن عين بيشا هي عين طبيب سريري لأنه يمنح **معاينةَ السطح** امتيازًا إبيستمولوجيًا مطلقًا.

إنّ المكانة التي حظي بها باكرًا كتاب **الأغشية**، تعود، من باب المفارقة، إلى ما يفصله، من حيث الجوهر، عن مورغانيي، ويجعله متفقًا مع التحليل السريري: وهو تحليل أثقله، مع ذلك، بالمعنى.

لم تكن معاينة بيشا تمامًا معاينة السطح بالمعنى الذي كانت عليه التجربة السريرية. ذلك أن النطاق النسيجي لم يعد قط هذه اللوحة التصنيفية (taxinomique) حيث تصطف الحوادث المرضية المتاحة أمام الإدراك الحسي؛ إنه شدفة من الحيّز المدرَك يمكن أن تنسب إليها ظواهر المرض. تتضح السطحية (superficialité) من الآن فصاعدًا بفضل بيشا ضمن سطوح (surface) الأغشية الحقيقية. فالرقع النسيجية تشكل الترابط المدرِك لمعاينة السطح هذه التي تحدد السريريات. لقد أصبح السطح، وهو بنية لمن يعاين، صورةَ المعايَن، من طريق انزياح واقعي حيث ستجد النزعة الوضعية الطبية منشأها.

من هنا الشكل الذي اتخذه في البداية التشريحُ المرضي: إنه شكل أساسٍ موضوعي وواقعي ومؤكد لوصف الأمراض. «إن وصفًا منزوليًا قائمًا على إصابة الأعضاء سيكون بالضرورة غير متبدل»[14]. وفي الحقيقة، إن التحليل النسيجي يسمح ببناء أشكال مرَضية عامة، فوق التقسيمات الجغرافية لمورغانيي، وسنرى عائلات كبيرة من الأمراض تمتلك الأعراض الكبرى ذاتها والنمط التطوري ذاته، وترتسم عبر الحيّز العضوي. هكذا، يمكن التعرف إلى جميع التهابات الأنسجة المصلية من طريق سماكتها، وغياب شفافيتها، ولونها المبيَض، وتبدلها الحبيْبي، والتصاقاتها مع الأنسجة المجاورة. وكما أن المنزوليات التقليدية بدأت تحديد الأصناف الأكثر عمومية، فإن التشريح المرضي سيبدأ بـ «تاريخ التبدلات

(14) Xavier Bichat, Pierre-Auguste Béclard et François-Gabriel Boisseau, *Anatomie pathologique: Dernier cours de Xavier Bichat* (Paris: [s. n.], 1825), p. 3.

المشتركة لكل جهاز» أيًا كان العضو المصاب أو المنطقة المصابة[15]. وبعد ذلك، يجب إعادة بناء الهيئة التي تتخذها الظواهر المرضية بحسب النسيج، داخل كل جهاز. فالالتهاب الذي يتصف ببنية واحدة في الأغشية المصلية كلّها، لا يصيبها كلها بالسهولة ذاتها، ولا يتطور فيها بالسرعة ذاتها. وإذا رتبنا قابليتها ترتيبًا متناقصًا، نجد الجنب ثم البريطوان فالتأمور فالغلالة المهبلية وأخيرًا الغشاء العنكبوتي[16]. إن وجود نسيج من التركيب ذاته عبر الجسم البشري يسمح بأن نرى بين مرض ومرض، التشابهات والقرابات، أي نرى جهازًا كاملًا للاتصال مندرجًا ضمن الهيئة العميقة للبدن. وهذه الهيئة، غير الموضَّعة، معمولة من تشابكات لعموميات ملموسة، إنها جهاز كامل ومنظم من العلاقات المتضمنة. وله، في الأساس، العدّة المنطقية ذاتها التي للتفكير المنزولي. وفي ما هو أبعد من السريريات التي يتكلم عليها ويريد تأسيسها، يعثر بيشا، ليس على جغرافيا الأعضاء، بل على نظام التصنيفات. لقد كان التشريح المرضي معنيًّا بالترتيب (ترتيبيًا (ordinale)) قبل أن يكون معنيًّا بتحديد الموضع (مموضِعًا (localisatrice)).

مع ذلك، قدّم هذا التشريح للتحليل قيمةً جديدة وحاسمة، تُبدي، خلافًا للأطباء السريريين، أن المرض ليس الموضوع السلبي والمشوش الذي يطبَّق [التحليل] عليه إلّا من باب أنه (المرض)، حاليًا، وبذاته، هو الفاعل (sujet) الناشط الذي يمارسه (التحليل) من دون كلل على العضوية. إذا كان ينبغي تحليل المرض، فهذا لأنه بذاته تحليل؛ ولا يمكن أن يكون التفكيك الأيديولوجي إلّا تكرارًا في وعي الطبيب لذلك التفكك الذي يعيث في بدن المريض. وعلى الرغم من أن فان هورن (Van Horne) قد ميّز، في النصف الثاني من القرن السابع عشر، بين الغشاء العنكبوتي والأم الحنون (pie-mère)، فإن كثيرًا من المؤلفين، على غرار ليوتو، كانوا يخلطون بينهما. لكن التأذّي فصل بينهما؛ إذ إن [غشاء] الأم الحنون يحمرّ تحت تأثير الالتهاب، ويبدو بالكامل نسيجًا وعائيًا، وبالتالي يصبح أكثر قساوة وأكثر جفافًا، أما العنكبوت [المريض] فيصبح أكثر بياضًا وأكثر كثافة، ويتغطى

---

(15) Xavier Bichat, *Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1801), «Avant-propos,» p. xcvii.

(16) Bichat, Béclard et Boisseau, p. 39.

بنزيز لزج، ويمكنه وحده أن يصاب بالخزب [الاستسقاء][17] (hydropisie). كذلك الأمر، في مجمل جهاز الرئة، فإن ذات الجنب لا تصيب سوى الجنب، والتهاب الجنب والرئة يصيب المتن (parenchyme)، أما السعال النزلي فيصيب الأغشية المخاطية[18]. كما أن دوبويتران أظهر أن تأثير الأربطة ليس متجانسًا في كامل سماكة القناة الشريانية. ما إن تتعرض للضغط حتى ترتخي الغلالتان الوسطى والداخلية وتنقسمان، وتبقى الغلالة الخليوية البرانية وحدَها تقاوم، وذلك لأن بنيتها أكثر تراصًا[19]. إن مبدأ التجانس النسيجي الذي يؤمن الأنماط المرضية العامة يمتلك قرينًا هو مبدأ التقسيم الحقيقي للأعضاء تحت تأثير التبدلات المرضية.

ما فعله التشريح الذي [مارسه] بيشا، يزيد على إمداد طرائق التحليل بحقلِ تطبيقٍ موضوعي، حيث جعل من التحليل لحظةً رئيسة في العملية المرضية، وقد أنجزه داخل المرض وضمن شبكة تاريخه. وبمعنى واحد، لم يبق هناك شيء في منأى من الاسمانية (التسمية) (nominalisme) المضمرة في المنهج السريري، حيث كان التحليل يتوجه، إن لم يكن إلى الكلمات، ففي الأقل إلى شدف الإدراك التي تقبل دومًا التدوين لغويًا. لقد أصبح التعامل الآن مع تحليل منخرط في سلسلة من الظواهر الواقعية، وهو يعمل بطريقة تُفكك تعقيدَ الوظيفة إلى تبسيطات تشريحية: إنه يحرر عناصر لا تقل واقعيةً وملموسية، لأنها عُزلت من طريق **تجريدها**؛ ففي القلب أظهر التأمورَ، وفي المخ أظهر الغشاءَ العنكبوتي، وفي جهاز الهضم أظهر المخاطياتِ. لم يستطع التشريح أن يصبح مرَضيًا إلّا من باب أن المرضي يشرِّح بشكل تلقائي. المرض، هو تشريح جثة [عميق لكشف السبب] (autopsie) في ليل البدن، وتشريح (dissection) في [البدن] الحي[20]. [التشريح المرضي في الأولى، والتشريح السريري للأعراض والعلامات في الثانية].

---

(17) Bichat, *Traité des membranes*, pp. 213-264.

(18) Bichat, Béclard et Boisseau, p. 12.

(19) مذكور في: Claude François Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1820), p. 88.

(20) لفهم العبارة، يمكن العودة إلى نص كلود برنار في «مقدمة للطب التجريبي».
لا بدّ إذًا، بعد ممارسة تشريح جثة الميت، من ممارسة التشريح على البدن الحيّ، لكشف الأجزاء الداخلية أو المخبأة من العضوية، ورؤية قيامها بوظيفتها. (المترجم)

هنا، تكتسب الحماسة التي شعر بها بيشا وأتباعه في اكتشاف التشريح المرضي معناها. فهم لم يعثروا على مورغانيي في الجانب الآخر لـ **بينل أو كابانيس**، إنما عثروا على تحليل البدن بالذات؛ إذ أظهروا في عمق الأشياء نظامَ سطوحها، وحددوا بالنسبة إلى المرض منظومةً من **الأصناف التحليلية** كان عنصرُ التفكيك المرضي فيها مبدأ لتعميم الأنواع الممرضة. لقد حصل عبورٌ من إدراكٍ تحليلي إلى إدراكِ تحليلات واقعية. وميز بيشا بشكل طبيعي تمامًا، في اكتشافه، حدثًا موازيًا لاكتشاف لافوازييه: «للكيمياء أجسامها البسيطة التي تشكل، بالتوليفات المتنوعة التي تتعرض لها، الأجسامَ المركَّبة... كذلك، فإن التشريح وأنسجته البسيطة... تشكل بتوليفاتها الأعضاء»[21]. إذًا، يُعتبر منهج التشريح الجديد، على غرار منهج الكيمياء، التحليلَ؛ لكنه تحليل مفصول عن حامله اللغوي، ويحدد عملية الانقسام المكانية للأشياء أكثر من التركيب اللفظي الذي تستدعيه الحوادث والظواهر.

من هنا، مفارقة إعادة تفعيل التفكير التصنيفي في بداية القرن التاسع عشر. ذلك أن التشريح المرضي، حين كان في طريقه ليكتسب صدقية بعد أعوام عدة، قد منح المشروع المنزولي القديم صرامةً جديدة بدلًا من أن يبدده، وذلك من حيث يبدو أنه يقدم له أساسًا راسخًا، هو التحليل الواقعي تبعًا للسطوح المحسوسة.

كان من المستغرب تكرارًا أن يقتبس بيشا، بخصوص مبدأ اكتشافه، نصًا لبينل - بينل الذي أصمَّ أذنيه حتى آخر أيامه عن الدروس الأساسية للتشريح المرضي. لقد استطاع بيشا في الطبعة الأولى من كتابه **الوصف المنزولي**، أن يقرأ هذه الفقرة التي بدت له إلهامًا: «ما أهمية أن يوجد الغشاء العنكبوتي والجنب والبريطوان في مناطق مختلفة من البدن، ما دامت هذه الأغشية ذات تشابه بنيوي عام؟ ألا يصيبها الالتهاب بالآفات ذاتها؟»[22]. هنا تكمن في الحقيقة التعريفات الأولى لمبدأ التماثل المطبق على علم أمراض الأنسجة، غير أن ما اقترضه بيشا من بينل أكثر من ذلك أيضًا، لأنه وجد المتطلبات التي يجب أن يستجيب لها مبدأ

---

(21) Bichat, *Anatomie générale*, p. lxxix.

(22) Philippe Pinel, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (Paris: Maradan, an VI [s. d.]; 1813), p. xxviii.

التشاكل هذا، مصاغة في **الوصف المنزولي**، من دون أن تُستوفى؛ إذ إنه تحليل ذو قيمة تصنيفية يسمح بترتيب عام للوحة المنزولية. لقد ترك بيشا، في ترتيب الأمراض، مكانًا في البداية لـ «التبدلات الشائعة في كل جهاز» أيًّا كان العضو المصاب أو المنطقة المصابة، لكنه لا يمنح إلّا الالتهابات والتصلدات (squirres) هذا الشكل العام، أما باقي التبدلات، فهو ناحيوي (جهوي)، ويجب أن يُدرَس عضوًا فعضوًا[23]. فالتوضع العضوي لا يتدخل إلا بصفته طريقة فضالة (résiduelle) هناك حيث لا تستطيع قاعدة التشاكل النسيجي أن تعمل، ولم تكن العودة إلى مورغانيي إلا لغياب قراءة أكثر ملاءمة للظواهر المرضية. وكان لاينِك (Laënnec) قدّر أن هذه القراءة الأفضل ستكون متاحة مع الزمن: «سوف يكون في الإمكان البرهان ذات يوم على أن أنماط الآفات كلها تقريبًا يمكن أن توجد في جميع أنحاء بدن الإنسان، وأنها تبدي في كل ناحية بعض التعديلات فحسب»[24]. ومع ذلك، ربما لم يكن بيشا يثق كفاية في اكتشافه المقدَّر له، أن «يغير وجه التشريح المرضي»، فقد بالغ، كما يعتقد لاينِك، بأهمية جغرافيا الأعضاء التي يكفي أن يلجأ إليها من أجل تحليل اضطرابات الشكل والموضع (خلوع، فتوق)، واضطرابات التغذية (الضمورات (atrophies) والضخامات (hypertrophies))، وربما سيكون في الإمكان ذات يوم اعتبار ضخامات القلب وضخامات الدماغ عائلة مرضية واحدة. في المقابل، حلل لاينِك الأجسامَ الغريبة، من دون حدود ناحيوية (جهوية)، ولا سيّما التبدلاتِ المتشابهةَ الأنموذج (typologie) في المجموعات النسيجية كلّها. فهي دومًا إما انحلال في الاتصالية (جروح، كسور)، وإما تراكم السوائل الطبيعية أو تسربها (أورام شحمية، أو سكتة دماغية)، وإما هي التهابات كما في التهاب الرئة أو التهاب المعدة، وإما هي أخيرًا نمو عارض لنسيج لم يكن موجودًا قبل المرض، وتلك هي حالة السرطانات الصلدة والدرنات[25]. وفي عهد لاينِك حاول أليبير أن ينشئ، على نهج الكيميائيين، طريقة لوضع مصطلحات طبية. فالنهاية [الخزمة]

---

(23) Bichat, *Anatomie générale*, pp. xcvii-xcviii.

(24) René Théophile Hyacinthe Laënnec, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1814), article «Anatomie pathologique,» p. 49.

(25) Ibid., pp. 450-452.

(ose) تحدد الأشكال العامة للتغيير الحاصل (gastroses, leucoses, entéroses)، أما النهاية (ite) فتشير إلى التهيج النسيجي، وتشير الـ(rhoea) إلى الانصبابات ...إلخ. وهو في مشروعه لتثبيت مصطلحات دقيقة وتحليلية، يمزج من دون شعور بالإثم (الأمر الذي لا يزال ممكنًا من الناحية التصورية) ثيماتٍ منزولية من النمط النباتي، بثيماتِ التوضع على طريقة مورغانيي، ثيماتِ الوصف السريري بثيماتِ التشريح المرضي: «أستفيد من طريقة علماء النبات التي سبق لسوفاج أن اقترحها... وهي طريقة تقوم على تجميع الأشياء التي تتصف بالقرابة، وعلى ترك الأشياء التي لا تمتلك أي تماثل. وفي سبيل الوصول إلى هذا التصنيف الفلسفي، من أجل إعطائه أسسًا ثابتة وغير متبدلة، قمت بتجميع الأمراض تبعًا للأعضاء التي تُعتبر مقرًا لها. وسوف نرى أنها الوسيلة الوحيدة لإيجاد الخصائص ذات القيمة الأعلى بالنسبة إلى الطب السريري»[26].

لكن كيف يمكن ضبط الفهم التشريحي مع قراءة الأعراض؟ كيف ستتمكن مجموعة متزامنة من الظواهر الحيزية من أن تؤسس تماسكَ سلسلة زمنية، هي بالتعريف، سابقة لها بالكامل؟ منذ سوفاج وحتى دوبل، كان لفكرة الأساس التشريحي لعلم الأمراض خصومها، فهم جميعهم مقتنعون بأن الآفات المرئية في الجثة لا يمكن أن تشير إلى جوهر المرض غير المرئي. ففي مجموعة معقدة من الآفات، كيف نميز **النظام الجوهري** من **سلسلة الآثار الناجمة عنه**؟ وهل التصاقات الرئة في بدن مصاب بذات الجنب هي ظواهر للمرض بالذات؟ أم إنها عواقب ميكانيكية للتهيج[27]؟ هناك صعوبة مماثلة في تحديد المكان؛ **البدئي والثانوي**: ففي سرطان البواب [الورم الصلد في البوابة] (squirre du pylore)، نجد عناصر سرطانية صلدة ضمن الثرب (epiploon) والمساريقا (mésentère)؛ أين نضع الواقعة المرضية البدئية؟ وأخيرًا، إن العلامات التشريحية مؤشرٌ سيئ إلى شدة العملية الممرضة؛ إذ

---

(26) Jean Louis Alibert, «Avertissement,» dans: *Nosologie naturelle*, p. ii.
تُقارن، تصنيفات أخرى قائمة على التشريح المرضي لدى مارانِدل في:
Marandel, *Essai sur les irritations* (Paris: [s. n.], 1807).
أو لدى أندرال.

(27) François Joseph Double, *Séméiologie générale*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1811), pp. 56-57.

توجد تبدلات عضوية شديدة جدًا لا تؤدي سوى إلى إزعاجات طفيفة في أجهزة البدن، في المقابل يصعب افتراض أن ورمًا صغيرًا في الدماغ يمكن أن يؤدي إلى الموت[28]. وحين يمتنع التشريح عن ذكر أي شيء غير المرئي، وفي الشكل البسيط، النهائي والمجرد، لوجوده المكاني، فإنه لا يستطيع أن يقول ما هو تسلسلٌ وسيرورةٌ ونصٌّ مقروء في ترتيب الزمن. إن سريريات الأعراض تبحث عن جسد المرض الحي، والتشريح لا يقدم لها سوى جثته.

تلك هي جثة مضلِّلة بشكل مضاعف، ذلك أنها أضيفت إلى الظواهر التي أوقفها الموت، ظواهرُ حرّض عليها ووضعها في الأعضاء تبعًا لزمن خاص بها. هناك بالطبع ظواهر التفكك التي يصعب فصلها عن الظواهر التي تنتمي إلى اللوحة السريرية للغنغرينا [الموات] (gangrène) أو للحمى المتعفنة، وهناك في المقابل ظواهر انحسار أو امّحاء: مثلًا، يختفي احمرار التهيج سريعًا بعد توقف الدورة [الدموية]، وهذا التوقف للحركات الطبيعية (نبضات القلب، انصباب البلغم، التنفس) يؤدي بذاته إلى نتائج يصعب أن نحدد انطلاقها مع العناصر المرضية: هل احتقان الدماغ والتلين السريع الذي يليه، ناجمان عن احتقانٍ مرضي، أم عن دوران متوقف بسبب الموت؟ أخيرًا، يجب أن نأخذ في الاعتبار ما دعاه هنتر «محرض الموت» الذي يطلق توقفَ الحياة على الرغم من أنه لا يعود إلى المرض الذي يعتمد عليه[29]. وفي جميع الأحوال، إن ظواهر الإنهاك التي تحدث في نهاية مرض مزمن (رخاوة عضلية، نقص الحس والناقلية) تتكشف عن علاقة معينة للحياة مع الموت أكثر منها مع بنية مرضية محددة.

ثمة سلسلتان من الأسئلة تُطرحان على التشريح المرضي الذي يريد أن يؤسس منزوليات: **الأولى** تخص ربط مجموعة زمنية من الأعراض بالوجود المكاني في النسيج، و**الثانية** تخص الموت والتحديد الدقيق لعلاقته بالحياة وبالمرض. إن التشريح الذي اعتمده بيشا في جهده من أجل حل هاتين المشكلتين، قلب دلالاته البدئية كلّها.

---

(28) Ibid., pp. 64-67.

(29) Hunter, t. I, p. 262.

من أجل الالتفاف على السلسلة الأولى من الاعتراضات، بدا أنه لم تكن هناك حاجة إلى تعديل بنية المعاينة السريرية بالذات: ألا يكفي أن ننظر إلى الموتى مثلما ننظر إلى الأحياء؟ وأن نطبق على الجثث مبدأ العلامات التمييزية الذي يطبق على المشاهدة الطبية: **ما من واقعة مرضية إلا وتقبل المقارنة.**

في استخدام هذا المبدأ، وجد بيشا وأخلافُه كلًا من مورغانيي وبونيه وفالسالفا، إضافة إلى كابانيس وبينل. لقد كان علماء التشريح الأوائل يعلمون جيدًا أنه يجب أن يكونوا «مدربين على تشريح الأجسام السليمة» إذا أرادوا تقصّي المرض في الجثة: بشكل آخر، كيف يمكن تمييز مرض مِعوي من هذه الـ «التحجرات البوليبية [السليلية] (concrétions polypeuses)» التي تنتج من الموت، أو يجلبها أحيانًا بعض أماكن النقاهة (saisons) إلى الحَمَلة السليمين[30]؟ كذلك يجب المقارنة بين الأفراد الميتين بالمرض ذاته، بقبول المبدأ القديم الذي سبق أن صاغه كتاب الـ *Sepulchretum*، فالتبدلات الملحوظة في جميع الأجسام تحدّد، إن لم يكن السبب، مقر المرض في الأقل، وربما طبيعته، وتكون التبدلات التي تختلف بين جثة وأخرى من مرتبة الأثر أو التداعي [الودي] أو الاختلاط[31]. وأخيرًا تجب مقارنة ما نراه في عضو متأذٍّ مع ما نعرفه عن وظيفته الطبيعية. يجب «مقارنة الظواهر الحساسة والخاصة بالحياة الصحية لكل عضو بشكل دائم مع ما يشوبه من اضطراب يبديه كل عضو ضمن آفته»[32].

بيد أنّ خصيصة التجربة التشريحية السريرية هي أنها طبقت مبدأ العلامات التمييزية على بُعد أكثر تعقيدًا وإشكالية؛ بُعد تتمفصل فيه الأشكال التي تم تمييزها من القصة المرضية، مع العناصر المرئية التي تدعها تظهر بمجرد أن تكتمل. حَلم كورفيزار بأن يُستبدل بالبحث القديم لعام 1760، نصٌّ، هو الكتابُ الأول

---

(30) G. B. Morgagni, «Recherches anatomiques,» éd. de *l'Encyclopédie des Sciences médicales*, 7ème section, t. VII, p. 17.

(31) Théophile Bonet et Jean-Jacques Manget, *Theophili Boneti... Sepulchretum sive Anatomia practica ex cadaveribus morbodenatis*.

ذكر هذا المبدأ في: Morgagni, p. 18.

(32) Jean-Nicolas Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques, du cœur et des gros vaisseaux*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1818), discours préliminaire, p. xii.

والنهائي عن التشريح المرضي، سيكون عنوانه **التحري عن موضع الأمراض وأسبابها كما يؤكدها التشريح**[33] *(De sedibus et causis morborum per signa diagnostica investigatis et per anatomen confirmatis)*. وهذا الانسجام التشريحي السريري الذي تصوره كورفيزار بمعنى تأكيد المنزوليات من طريق تشريح الجثة، يعرّفه لاينِك بالاتجاه المقلوب: صعود من الآفة إلى الأعراض التي حرضت عليها: «فالتشريح المرضي علمٌ هدفُه معرفةُ التبدلات المرئية التي تحدثها الحالة المرضية في أعضاء البدن الإنساني. يُعتبَر تشريح الجثث وسيلة لاكتساب هذه المعرفة، لكن، كي تصبح ذات فائدة مباشرة...، يجب أن تقترن بمراقبة الأعراض أو التبدلات الوظيفية التي تتوافق مع كل ضرب من ضروب تبدلات الأعضاء»[34]. يجب إذًا، أن تجول المعاينة الطبية عبر طريق لم يكن حتى ذلك الحين سالكًا: طريق شاقولي يمضي من السطح (surface) العرَضي [حيث تظهر الأعراض] إلى المساحة (superficie) [حيث توجد الآفات] النسيجية، طريق في العمق يغوص من الظاهر إلى المخفي، ويجب عبوره بالاتجاهين وباستمرار، من طرف إلى طرف، إذا أردنا تحديد شبكة الضرورات الأساسية. سوف يكون أمام المعاينة الطبية التي رأينا أنها تتوجه إلى المناطق ذات البعدين من الأنسجة والأعراض، أن تنتقل على امتداد بُعد ثالث كي توفق في ما بينها [بين الأنسجة والأعراض]. بهذا الشكل، سيتم تحديد مجال التشريح المرضي.

إنّ المعاينة تغوص في الحيّز الذي اتخذته هدفًا لتجتازه. لقد كانت القراءةُ السريرية بشكلها الأول تتضمن ذاتًا [فاعلة] خارجية كاشفة اللغز، وترتّب القرابات انطلاقًا مما تقوم بقراءته وتحددها، ومما يليها. وفي تجربة التشريح السريري، يجب أن ترى العين الطبية الداء ممدودًا ومرتبًا أمامها في طبقات بمقدار ما تخترق الجسد، وتتقدم بين أجرامه، وتحيط بكتله أو ترفعها، وتنزل في أعماقه. فالمرض لا يعدو كونه حزمة من الصفات المنتشرة هنا وهناك على سطح البدن، مرتبطٍ بعضها ببعض بتلازم وتتاليات يمكن رصدها إحصائيًا؛ إذ إنها مجموعة من

(33) Ibid., p. v.

(34) Laënnec, *Dictionnaire des sciences*, p. 47.

الأشكال والتشوهات، من الصور ومن الحوادث العارضة، والعناصر المتنقلة أو المدمرة أو المعدّلة بجغرافيا يمكن تتبعها خطوة خطوة. لم نعد أمام نوع مرضي يندرج ضمن البدن، حيث يمكنه ذلك، فالبدن بكامله أصبح مريضًا.

في مقاربة أولى، يمكن الاعتقاد أن المقصود هو إنقاص المسافة بين الذات العارفة وموضوع المعرفة فحسب. ألم يكن الطبيب في القرنين السابع عشر والثامن عشر يترك «مسافة» تفصله عن مريضه؟ ألم يكن ينظر إليه من بُعد، ولا يشاهد سوى الشارات السطحية والمرئية بشكل فوري، مترصدًا الظواهر، من دون احتكاك ومن دون جسّ ولا إصغاء، وقد أصبح يخمن ما في الداخل من طريق ما يلحظه في الخارج فحسب؟ ألم يكن التبدل في المعرفة الطبية، في نهاية القرن الثامن عشر، قائمًا بشكل أساس على أن الطبيب اقترب من المريض، ومدّ أصابعه إليه، وطبق أذنه عليه، وأنه بذلك شرع في إدراك ما كان يوجد خلف السطح المرئي مباشرة، وأنه بهذا الشكل توصل شيئًا فشيئًا إلى «العبور إلى الجهة الأخرى» وإلى تقفي معالم المرض في عمق البدن الخفيّ؟

نحن هنا أمام تفسير بالحد الأدنى للتغيير، غير أن رصانته النظرية يجب ألّا تخدعنا. فهو يتطلب عددًا من المستلزمات أو من الإحالات يظل قليل التحضير: تَقدمٌ في المشاهدة، انشغالٌ بتطوير التجربة وتوسيعها وأمانةٌ متزايدة تجاه ما يمكن أن تكشفه المعطيات المحسوسة، وتخلٍّ عن النظريات والمنظومات لمصلحة إمبيريقية أكثر علمية بشكل حقيقي. وخلف ذلك كله، نفترض أن الذاتَ التي تسعى إلى المعرفة وموضوعَ هذه المعرفة بقيا على ما هما عليه، ذلك أن تقاربهما الأكبر وتوافقهما الأفضل لم يتيحا بأن يَكشف الموضوعُ أسرارَه فحسب بمزيد من الوضوح أو التفصيل، وأن تتخلص الذاتُ من الأوهام التي تشكل عوائق أمام الحقيقة. فهما بتشكلهما مرة واحدة وإلى الأبد، وبتواجههما بشكل نهائي، لا بد من أن يتقاربا في سياق تاريخي لا على التعيين، ويقلصا المسافة بينهما، ويزيلا العوائق التي تفصل بينهما، ويجدا شكل التوافق المتبادل بينهما.

ما من شك في أن ذلك إسقاطٌ على التاريخ لنظرية قديمة عن المعرفة، نعرف منذ زمن طويل نتائجها وعواقبها المضرة. ذلك أن تحليلًا تاريخيًا أكثر دقة يكشف وراءَ هذه التوافقات مبدأً للتحول مختلفًا تمامًا: إنه يقوم بشكل متين على نمط

من الموضوعات التي يجب التعرف إليها، وعلى الشبكة التي تُظهره، وتعزله وتُبرز العناصرَ التي تلائم معرفة ممكنة، وعلى الموقع الذي يجب على الذات أن تحتله من أجل تحديد معالم هذه العناصر، وعلى تواسط الأدوات التي تسمح لها أن تقبض عليها، وعلى أنماط التسجيل والذاكرة التي يجب أن تجعلها تعمل، وعلى أشكال صوغ التصورات التي يجب أن تتمرس عليها، والتي تؤهلها بصفتها ذاتًا لمعرفة مشروعة. إن ما تبدّل مفسحًا مكانه للطب التشريحي - السريري، ليس إذًا مجرد سطح التماس بين الذات العارفة والموضوع المعروف، إنما هو الاستعداد الأكثر عمومية للمعرفة الذي يحدد المواقع المتبادلة والترابط بين ما يجب أن يُعرف وما الذي ينبغي التعرف إليه. إن منفذ المعاينة الطبية إلى داخل البدن المريض ليس استمرارًا لحركةِ اقترابٍ كانت قيدَ التطوّر بشكل منتظم إلى هذا الحد أو ذاك، منذ اليوم الذي أجرى فيه أول طبيب معاينةً، محدودةَ المهارة، لبدَن أول مريض، إنما هو نتيجة لإعادة صهرٍ في مستوى المعرفة بالذات، وليس في مستوى المعارف المتراكمة والدقيقة والمتعمقة والمضبوطة.

حتى في حال كان ذلك حدثًا أصاب ترتيب المعرفة، فإن برهان ذلك يُعثر عليه في واقع أن المعارف في نظام الطب التشريحي - السريري لا تتحول بطريقة واحدة وتبعًا لقواعد واحدة كما في السريريات النقية والبسيطة. والأمر لا يتعلق باللعبة نفسها، الأكثر إتقانًا بقليل، إنما بلعبة أخرى. وهاكم بضع قواعد من هذه القواعد الجديدة.

وضع التشريح المرَضي محل طريقة تشابه الأعراض تحليلًا يمكن القول إنه على شكل **رقعة الشطرنج** أو على شكل **طبقات**. فالتكراراتُ الظاهرة غالبًا ما تَترك الأشكالَ المرَضية مختلطة، التي يتمكن التشريح وحده من أن يبين التنوع فيها. فالإحساس بالاختناق، والخفقان المفاجئ، خصوصًا بعد الجهد، واللهاث المزعج، والاستيقاظ المذعور، والشحوب الناجم عن الدنف، والشعور بالضغط أو بالضيق أمام القلب وبثقل وخدر في الذراع اليسرى، تدل بشكل كبير على أمراض القلب، لكن التشريح وحده يمكن أن يميز فيها التهاب التأمور (péricardite) (الذي يصيب الأغلفة الغشائية)، وأم الدم (تمدد الأوعية الدموية) (anévrisme) (التي تصيب المادة العضلية)، والتضيّق والتصلب (حيث يصاب القلب في

أجزائه الوترية أو الليفية)[35]. إن التصادف، أو أقلّه التتالي المنتظم للنزلة وللتدرن لا يثبت، خلافًا لأطباء المنزوليات، تطابقهما، ذلك لأن تشريح الجثة يبين في الحالة الأولى وجود إصابة في الغشاء المخاطي، وفي الثانية تأذيًا في البرانشيم قد يصل إلى درجة التقرح[36]. ولكن على العكس، يجب أن نجمع في خانة واحدة السل والنفث الدموي اللذين لم يجد علمُ الأعراض، كالذي طبقه سوفاج، رابطَ تكرارٍ يكفي كي يوحّد بينهما. إنّ التصادف الذي يحدد الهوية [الوحدة] المرضية لن تكون له قيمة إلا بالنسبة إلى إدراك يقوم على التقطيع (cloisonné) الموضعي.

هذا يعني أن التجربة الطبية ستُحل **تحديدَ موضع النقطة الثابتة محل تسجيل التواترات**. فلنأخذ مثلًا سير الأعراض في التدرن الرئوي الذي يتضمن: السعال وصعوبة في التنفس والهزال والحمى الدقية، وأحيانًا التقشع القيحي، لكنّ أيًّا من هذه التغيرات ليس ضروريًا بالمطلق (إذ يوجد مصابون بالسل لا يسعلون)، كما أن نظام دخولها في المشهد ليس صارمًا في دقته (يمكن الحمى أن تظهر باكرًا، أو أنها لا تبدأ إلا في نهاية تطور المرض). هناك ظاهرةٌ واحدة ثابتة، أو شرطٌ لازم وكافٍ كي يكون المرض سلًّا: إنه وجود آفة في متن [برانشيم] الرئة، الذي ينكشف بعد تشريح الجثة «وقد انتثرت عليها بؤر قيحية. قد تكون أحيانًا كثيرة العدد حيث لا تعود الرئة تبدو إلا نسيجًا سنخيًا (alvéolaire) يحتوي عليها. وهذه البؤر يخترقها عدد كبير من اللُّجُم (brides)، وفي الأقسام المجاورة نجد قساوة شديدة إلى حد ما»[37]. وفوق هذه النقطة الثابتة، فإن الأعراض تنزلق وتختفي، وتمّحي دلالة الاحتمال الذي تقدمه السريريات إليها، لمصلحة لزوم واحد وضروري، ليس من مرتبة التواتر الزمني، بل من مرتبة الثابت الموضعي: «يجب أن نعتبر الأفرادَ الذين لا يشكون من حرارة ولا من نحول ولا من قشع قيحي مصابين بالسل، إذا كانت الرئة مصابة بآفة تميل إلى إحداث خلل وقرحة فيها، وما التدرن إلا هذه الآفة تحديدًا»[38].

---

(35) Corvisart, *Essai sur les maladies*.

(36) Gaspard-Laurent Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (Paris: [s. n.], 1810).

(37) Bichat, Béclard et Boisseau, p. 174.

(38) Bayle, *Recherches*, pp. 8-9.

بتعلقها بهذه النقطة الثابتة، إن سلسلة **تعاقب الأعراض الزمني** تنتظم على شكل ظواهر ثانوية تبعًا لـ **تشعّب حيّز الآفة** وللضرورة الخاصة بها. وفي دراسته السير «الغريب والعصي على التفسير» لبعض الحمّيات، قارن بتي (Petit) بشكل انتظامي بين لوحات المشاهدة التي كشف عنها في سياق المرض ونتائج تشريح الجثث؛ يجب ربط تعاقب العلامات المعوية والمَعِدية والحمّوية والغدية وحتى الدماغية بشكل أولي وبكاملها «بالتبدلات المتشابهة تمامًا في الأنبوب الهضمي». يدور الحديث دومًا عن منطقة الدسام اللفائفي الأعوري (iléo-cæcale)، فهي مغطاة بلطخات وريدية منتبجة نحو الداخل، وتكون العقد في الشدفة المساريقية المتوافقة معها، متضخمة، بلون أحمر غامق ومزرق، ومحقونة ومحتقنة في العمق. وإذا استمر المرض طويلًا، فإننا نجد تقرحات وتخريبًا في النسيج المعوي. يمكن إذًا، أن نقبل أننا أمام فعل وبيل على القناة الهضمية التي تضطرب وظائفها أولًا بأول؛ هذا العامل «ينتقل من طريق امتصاص في غدد المساريقا والجهاز اللمفاوي» (فيحصل الاضطراب الإنباتي (végétatif))، ومنه «إلى كامل الجهاز»، وبشكل خاص إلى عناصره الدماغية والعصبية، الأمر الذي يفسر النعاس والخدر في وظائف الحواس والهذيان وأطوار الغيبوبة[39]. إن توالي الأشكال والأعراض يبدو إذًا، كصورة تعاقبية زمنية محض لشبكة أكثر تعقيدًا: تغضُّن زماني – مكاني يمتد بدءًا من هجمة أولية (أصلية) وعبر جميع الحياة العضوية.

إن تحليل الإدراك التشريحي السريري يبين إذًا ثلاثة مراجع (التوضع والبؤرة والأصل) تعدّل بشكل أساس قراءة السريريات الزمنية. إن تقسيم الجسم البشري إلى قطاعات، الذي يسمح بتحديد نقاط ثابتة، لكن متغضّنة، لا يلغي سماكة القَصَّة المرضية لمصلحة السطح التشريحي النقي، بل إنه يُدخلها في الجرم المخصص من البدن، ويؤدي إلى توافق الزمن المرَضي مع السير الذي يمكن تحديد موقعه في الكتل العضوية، وذلك أول مرة في الفكر الطبي. وحينئذٍ يجد التشريح ثيمات مورغانيي، وبعده ثيمات بونيه فحسب: حيّز عضوي مستقل، بأبعاده وسبله

(39) Marc Antoine Petit et Étienne Renaud Augustin Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique, observée, reconnue et signalée publiquement à l'Hôtel Dieu de Paris, dans les années 1811, 1812 et 1813* (Paris: [s. n.], 1813), surtout pp. XIX-XXX et pp. 132-141.

وتمفصلاته الخاصة، يأتي ليضاعف حيز المنزوليات الطبيعي أو المهم، ويطالب بأن يرجع إليه، من حيث الجوهر. إن الإدراك الطبي الجديد، المولود من همّ سريري بقصد تعريف **بنيات القرابة المرضية** (راجع كتاب **الأغشية**) يتخذ لنفسه هدفًا في آخر المطاف أن يحدد موقع **أشكال التوضّع** (راجع بحوث كورفيزار أو بايل). لقد حل مفهوم **المقرّ** محل مفهوم **الصنف**. (وفي هذا الشأن) تساءل بيشا: «ما المشاهدة إن كنا نجهل مقرّ الداء؟»[40]. وأجاب بويّو: «إذا كان في الطب من بدهية، فهي بالضبط هذا الافتراض، وهو أنه لا يوجد مرض من دون مقرّ. وإذا ما قبلنا الرأي المعاكس، فعلينا أن نقبل أيضًا بوجود وظائف من دون أعضاء، وهذا عبث صريح. إن تحديد مقرّ الأمراض أو موضعها هو أحد أجمل فتوحات الطب الحديث»[41]. هكذا، فإن التحليل النسيجي الذي كان معناه الأصليُّ عامًّا (générique)، اكتسب بسرعة كبيرة قيمةَ قاعدةِ تحديد الموضع.

مع ذلك، لم تتم إعادة اكتشاف مورغانيي من دون تعديل مهم. كان مفهوم مقر المرض قد قُرن بمقرّ السبب، [كما هو عنوان كتابه **عن الموضع والسبب**] (*De sedibus et causis...*) أما في التشريح المرضي الجديد، فلا يقوم تحديدُ المقرّ مقامَ تعيين السببية. أن تجد في الحمّيات الموهنة آفات لفائفية أعورية لا يعني أن ذلك يفصح عن سببه الحتمي، ولو كان سئل بتي (Petit) عن هذه الآفات لكان فكر في «عامل وبيل»، أما بروسيه (Broussais) فاعتبرها تهيّجًا محضًا. لا أهمية كبيرة لذلك. فأن تحدد الموضع هو أن تثبت نقطة انطلاق في المكان والزمان فحسب. يرى مورغانيي أن المقرّ هو نقطة إدخال السلسلة السببية في الجسم البشري، وقد يمكن تحديدها بحلقتها النهائية. أما عند بيشا وأتباعه، فتحرر مفهوم المقرّ من الإشكالية السببية (وبهذا فإنهم ورثةُ الأطباء السريريين)، والتفت [المفهوم] صوب مستقبل المرض أكثر مما التفت صوب ماضيه؛ إذ إن المقرّ هو النقطة التي يتشعب منها تنظيم المرض. إنه **البؤرة الأولية** وليس **السبب النهائي**. بهذا المعنى، فإن تعيين شدفة من حيز ساكن على جثة يمكن أن يحل المشكلات التي تطرحها تطورات المرض الزمنية.

(40) Bichat, *Anatomie générale*, p. xcix.

(41) Jean Bouillaud, *Essai sur la philosophie médicale* (Paris: [s. n.], 1831), p. 259.

كان الموت، في الفكر الطبي للقرن الثامن عشر، الحيثيةَ المطلقة وفي الآن نفسه الظاهرة الأكثر نسبية بين الظواهر؛ إذ كان خاتمة الحياة، وكذلك خاتمة المرض إذا كان من طبيعته أن يكون فتاكًا، وانطلاقًا من الموت، كان بلوغ النهاية واكتمال الحقيقة وبالتالي اختراقها. ففي الموت كان المرض الذي بلغ نهاية المطاف، يهمد ويصبح شيئًا فشيئًا من الذاكرة. لكن، إذا حصل لأنياب المرض أن تترك علامة على الجثة، فما من بيِّنة حينئذ يمكن أن تميز أبدًا ما يعود إليه وما يعود إلى الموت؛ ذلك أن علامات كل منهما تتشابك في اضطراب يصعب فكه. وعلى الرغم من أن الموت كان الحيثية التي بدءًا منها لم يعد هناك حياة ولا مرض، فإن أشكال الخلل فيه كانت من الطبيعة ذاتها التي للظواهر المرضية. ولم تكن التجربة السريرية، تحت شكلها الأولي، تشكك في هذا التصور الغامض عن الموت.

ينبغي للتشريح المرضي، بوصفه تقنيةً متعلقة بالجثة، أن يقدم إلى هذا المفهوم كيانًا أكثر صرامة، بمعنى أكثر اعتمادًا على الأداة. فهذا التحكم المفهومي بالموت كان في البداية مكتسبًا، في مستوى أولي جدًا، من طريق تنظيم الأقسام السريرية. فإمكان تشريح الأجساد بشكل فوري، وبالتالي تقليل الزمن الكامن بين الموت والتشريح إلى أقل حد ممكن، سمحا بحصول تزامن آخرِ لحظةٍ من الزمن المرضي مع أولِ لحظةٍ من زمن الجثة. وبذلك يتم إلغاء آثار التفكك العضوي إلى حد بعيد، أقلّه بشكلها الأكثر تظاهرًا والأكثر اضطرابًا، وبالتالي فإن لحظة الميت قد تؤدّي دور مَعلَم من دون سماكةٍ يكشف عن زمن الوصف المنزولي، مثلما يكشف المبضع عن حيز عضويّ. فالموت لم يعد سوى خط شاقولي ورقيق بالمطلق، يفصل سلسلة الأعراض عن سلسلة الآفات، لكنه يسمح بعزو الواحدة منها إلى الأخرى.

في المقابل، حاول بيشا، وهو يستعيد إيحاءات متنوعة من هنتر، أن يميز بين نمطين من الظواهر كان مورغانيي خلطهما: مظاهر المرض المعاصرة ومظاهر الموت السابقة. وفي الحقيقة ليس من الضروري أن يعزى تغييرٌ ما إلى المرض وإلى البنية المرضية، بل يمكن أن يعزى إلى عملية مختلفة، مستقلة في جزء وتابعة في جزء آخر، تعلن مسار الموت. هكذا، فإن الرخاوة العضلية تشكل جزءًا من أعراض بعض حالات الشلل ذات المنشأ الدماغي، أو من إصابة حيوية (vitale)

كما في الحمى المنهكة، لكن يمكن مشاهدتها في أي مرض مزمن لا على التعيين، بل في هجمة حادة على أن تكون الهجمات طويلة المدّة بشكل كافٍ، ونرى أمثلة على ذلك في التهابات الغشاء العنكبوتي، أو في الأطوار الأخيرة من السل. إنّ الظاهرة التي لا تحدث من دون المرض، ليست مع ذلك المرضَ بالذات، إنها تضاعف مدته بتطور لا يشير إلى صورة ما هو مرضي، بل إلى دنوّ الموت، وتعيّن، في السيرورة المرضية، «حصول الموت (الإماتة) (mortification)»، مترافقةً معه ومختلفة عنه.

من المؤكد أن هذه الظواهر لا تفتقد تماثل محتواها مع «العلامات» السيئة أو الحسنة التي لطالما خضعت للتحليل منذ أبقراط. لكن وظيفتها وقيمتها الدلالية تختلفان كثيرًا: فالعلامة تحيل على محصلة من خلال استباق الزمن، وتشير إما إلى خطورة المرض الجوهرية، وإما إلى خطورته العارضة (أكانت ناجمة عن اختلاط، أم عن خطأ علاجي). أما ظواهر الموت الجزئي أو المترقّي، فهي لا تستبق الحكم على المستقبل؛ إنها تبدي عمليةً قيد الاكتمال، مثلًا بعد السكتة الدماغية، تكون جميع الوظائف الحيوانية متوقفة بشكل طبيعي، وبالتالي يكون الموت قد شرع فيها للتوّ، في حين أن الوظائف العضوية تثابر على حياتها الخاصة[42]. عدا ذلك، فإن تدرجات هذا الموت المتحرك لا تتابع الأشكالَ المنزولية فحسب، إنما بالأحرى الخطوط التي يمهد لها الجسم البشري تحديدًا، ولا تشير هذه العمليات إلا بشكل عارض إلى المصير المميت للمرض، وما تتكلم عنه هو نفاذية الحياة إلى الموت. فعندما تطول الحالة المرضية، فإن الأنسجة التي تصاب أولًا بالتموت (mortification) هي دومًا الأنسجة التي تكون تغذيتها أكثر نشاطًا (المخاطيات)، ويأتي بعدها متن [برانشيم] الأعضاء، وفي الطور الأخير، الأوتار والسفاق العضلي[43] (aponévrose).

إذًا، الموت متعددٌ ومبعثر في الزمن، فهو ليس هذه النقطة المطلقة والمفضّلة، التي تتوقف الأزمنة عندها من أجل أن تنقلب، فهو كالمرض نفسه، حضور محتشد

(42) Xavier Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, éd. Magendie, p. 251.

(43) Bichat, Béclard et Boisseau, p. 7.

يمكن أن يعيد التحليلُ توزيعَه في الزمان والمكان، وشيئًا فشيئًا تأتي كل عقدة، هنا وهناك، لتنكسر، حتى تتوقف الحياة العضوية، في الأقل بأشكالها العظمى، لأنه بعد فترة طويلة من موت الفرد، ستأتي بدورها ميتات دقيقة وجزئية لتفكك جزر الحياة التي تعاند[44]. ففي الموت الطبيعي تخمد الحياة الحيوانية أولًا: تنطفئ الحواس في البداية، ثم يبطؤ نشاط الدماغ، وتضعف الحركة، وتصاب العضلات بالتيبُّس [الصَمَل] (rigidité)، فتنقص قدرتها على التقلص، وتصاب الأمعاء بشبه شلل، وأخيرًا يتوقف القلب[45]. إلى هذه اللوحة التي تبدي تعاقب الموت الزمني المتعدد، يجب أن نضيف لوحة مكانية للتأثرات التي تُطلِق، من نقطة إلى أخرى في الجسم البشري، ميتاتٍ متسلسلةً، وهي ثلاثة إبدالات متتابعة رئيسة: القلب والرئتان والدماغ. يمكن التثبت من أن موت القلب لا يؤدي إلى موت الدماغ بالطريق العصبي، بل بالشبكة الشريانية (توقف الحركة التي تحفظ حياة الدماغ) أو بطريق الشبكة الوعائية [الوريدية] (توقف حركة، أو العكس، رجوع [جزر] الدم الأسود الذي يزعج الدماغ، ويضغط عليه، ويمنعه من العمل). يمكن أيضًا تبيان كيف يؤدي موت الرئة إلى موت القلب، إما لأن الدم وَجد عقبةً ميكانيكية في الرئة تعيق الدوران، وإما لأن توقف الرئة عن العمل يمنع تزويد التفاعلات الكيميائية بالغذاء، فيتوقف انقباض القلب[46].

إن سيرورات الموت التي لا تشابه سيرورات الحياة ولا سيرورات المرض، هي ذات طبيعة تضيء مع ذلك الظواهر العضوية واضطراباتها. فالموت البطيء والطبيعي لشخص عجوز يستعيد باتجاه معاكس تطورَ الحياة عند الطفل وعند الجنين، وربما عند النبات، ذلك أنّ «حالة الحيوان التي سيفنيها الموتُ الطبيعي، تقترب من الحالة التي كان فيها داخل رحم أمه، حتى حالة النبات الذي لا يحيا إلّا في الداخل، والذي تكون الطبيعة كلها صامتة بالنسبة إليه»[47]؛ إذ تنفصل أغلفة الحياة المتعاقبة بشكل طبيعي، معلنة استقلالها وحقيقتها تحديدًا في ذلك الذي

(44) Bichat, *Recherches physiologiques*, p. 242.

(45) Ibid., pp. 234, 238.

(46) Ibid., pp. 253, 538.

(47) Ibid., p. 238.

ينكرها. كما أن منظومة الاعتمادات الوظيفية والتفاعلات الطبيعية أو المرضية تتضح بالتحليل المفصل لتدرجات الموت هذه: يمكن أن نعترف أنه في حال وجود فعل مباشر للرئة على القلب، فهذا الأخير يعاني من تأثير الدماغ بشكل غير مباشر. فالسكتة الدماغية والصرع والخدر والارتجاج الدماغي، لا تحرض على أي تغيير فوري ومتوافق في القلب، وحدها الآثار الثانوية يمكن أن تحصل من خلال الشلل العضلي وتَوقُّفِ التنفس أو اضطرابات الدوران[48]. وحين يتثبت هكذا بآلياته الخاصة، لن يعود بإمكان الموت، مع شبكته العضوية، أن يختلط بالمرض أو بآثاره، إنما بالعكس، يمكنه أن يفيد كوجهة نظر حول المرَضي وأن يسمح بتعيين أشكاله أو مراحله. وحين درس بايل أسباب السل، لم يعد يعتبر الموت حاجزًا (وظيفيًا أو زمنيًا) يفصله عن المرض، بل حالة تجريبية عفوية تفتح منفذًا إلى حقيقة المرض بالذات وإلى أطواره الزمنية المختلفة. وفي الحقيقة يمكن الموت أن يحصل على امتداد تقويم زمني مرضي، إما بتأثير المرض بالذات، أو بسبب إصابة أضيفت إليه، أو بسبب حادث طارئ. وما إن تتم معرفة الظواهر الثابتة والمظاهر المتغيرة للموت، والتحكّم فيها، حتى تصبح بالإمكان إعادة إنشاء تطور جميع السلسلة المرضية بفضل هذه الفتحة في الزمن. ففي السل ثمّة الدرنات [الحديبات] (tubercules) الصلبة والمتجانسة والبيض في البداية، ثم تشكلات أكثر ليونة، تحتوي في وسطها على نواة ذات مادة قيحية تؤدي إلى تغيّر اللون، وأخيرًا يحصل تقيح يسبب تقرحاتٍ وتخريبًا في البرانشيم الرئوي[49]. وباعتماد هذه الطريقة بشكل انتظامي، تمكّن لاينِك، خلافًا لبايل، من إظهار أن اكتساب اللون الأسود (القتامة) (mélanose) لا يشكل نمطًا مرضيًا متميزًا، إنما مرحلة تطورية ممكنة. هكذا، يمكن أن ينزلق زمن الموت على امتداد التطور المرضي، وكما فقدَ هذا الموتُ صفتَه غير الشفافة، فإنه يصبح من باب المفارقة وبتأثيره في توقف الزمن، أداةً تسمح باندماج مدة المرض في الحيز الساكن بدنًا مقطّعًا.

---

(48) Ibid., pp. 480, 500.

(49) Bayle, *Recherches*, pp. 21-24.

تشكل الحياة والمرض والموت الآن ثالوثًا تقنيًا وتصوّريًا. أما الاتصاليةُ القديمةُ العهد في المعتقدات القديمة التي كانت تضع في الحياة تهديدَ المرض، وفي المرض حضورَ الموت القريب، فقد انقطعت. تمفصلت مكانها صورةٌ مثلثة الزوايا، تَحدَّدَ رأسُها العلوي بالموت. ومن أعلى الموت يمكن أن نرى الارتباطات العضوية والعواقب المرضية ونحلّلها. وبدل أن يكون على ما كان عليه لفترة طويلة، فإن هذا الليل الذي تمّحي فيه الحياة، ويتشوش فيه المرض ذاته، صار مزودًا من الآن فصاعدًا بهذه القدرة الكبرى من الإضاءة التي تسيطر على حيّز الجسم البشري وتولّده، وفي الآن نفسه، تسيطر على زمن المرض... إن ميزة اللازمنية فيه التي هي أيضًا قديمة بالتأكيد قدمَ الوعي بمحايثته، قد تحولت للمرة الأولى أداةً تقنية تغطي حقيقة الحياة وطبيعة مرضها. فالموت، هذا المحلل الكبير، هو الذي يبيّن الروابط إذ يحلّها، ويفجر عجائب النشأة في صرامة التفكيك. ينبغي لنا أن ندع كلمة **تفكيك** تتعثر تحت ثقل معناها. ذلك أنّ التحليل، وهو فلسفة العناصر وقانونها، يجد في الموت ما بحث عنه دومًا، بلا طائل، في الرياضيات والكيمياء، بل وفي اللغة نفسها. لقد وجد أنموذجًا لا يمكن تخطّيه، ومفروضًا من الطبيعة. هكذا، سوف تستند المعاينة الطبية، من الآن فصاعدًا، إلى هذا الأنموذج الكبير. فهي لم تعد معاينة عينٍ حية، بل معاينة عينٍ رأت الموت. عينٌ بيضاء عظيمة تفك عقدة الحياة.

ربما كان هناك كثيرٌ مما يقال حول «النزعة الحيوية» لبيشا. قد يكون صحيحًا أنّ بيشا، لدى محاولته حصْر الصفةِ الفريدة للظاهرة الحية، ربط ما بين خطورة المرض وخصوصيته؛ فالبدن المادي البحت لا يسعه أن ينحرف عن نمطه الطبيعي[50]، إلا أن ذلك لا يمنع أن تحليل المرض يمكن أن يحصل من وجهة نظر الموت فحسب - الموت الذي، بالتعريف، تقاومه الحياة. لقد جعل بيشا مفهومَ الموت نسبيًا، مسقطًا إياه من هذا المطلق حيث كان يظهر حدثًا لا يقسَّم، وحاسمًا لا يُستعاد. لقد بعثره ووزعه في الحياة تحت شكل ميتات منفصلة، ميتات جزئية ومترقّية، وبطيئة جدًا في الاكتمال بعد الموت ذاته. لكنه بسبب ذلك شَكّل بنيةً

(50) يُنظر: Georges Canguilhem, *La Connaissance de la vie* (Paris: [s. n.], 1952), p. 195.

رئيسة للتفكير وللإدراك الطبيين، وهذا ما يتعارض (s'oppose) مع الحياة وما تتعرض (s'expose) إليه، فكلّ ما يكون قيدَ المواجهة مع الحياة وتلبث معه حية هو معارضة، وبالتالي حياة، وفي المقابل كلّ ما تكون الحياة عرضةً له من الناحية التحليلية، يجعلها حقيقية. وفي هذا الشأن، مضى ماجندي (Magendie)، وقبله بويسون (Buisson)، إلى عمق المشكلة، بصفتهما عالمي بيولوجيا، عندما انتقدا تعريف الحياة الذي افتُتح به كتاب **البحوث الفيزيولوجية** (*Recherches physiologiques*) قائلَين: «إنها فكرة خاطئة، لأن الموت يعني في اللغات كافة التوقفَ عن الحياة، وأنه منذئذٍ يردُّ التعريفُ المزعوم إلى هذه الحلقة المفرغة. فالحياة هي مجموعة الوظائف التي تقاوم غياب الحياة»[51]. غير أن بيشا، عالم التشريح المرضي، كان قد انطلق من إحدى تجاربه الأولى التي أسسها بنفسه، وهي تجربة كان الموت بمقتضاها الإمكان الوحيد لإعطاء الحياة حقيقةً مؤكَّدة. إن عدم قابلية الفرد الحي لأن يُختزَل في (ظاهرة) من الميكانيك أو الكيمياء ليس سوى أمر ثانوي مقارنة بهذا الرباط الأساس بين الحياة والموت. هكذا، تظهر النزعة الحيوية على أساس من «نزعة الموت (mortalisme)» هذه.

اجتاز (الطب) مسافة هائلة منذ اللحظة التي عزا فيها كابانيس، وهي لحظة قريبة نسبيًا، إلى معرفة الحياة، المنشأ ذاتَه والأساس ذاته الذي للحياة نفسها. لقد «أرادت الحياة أن يكون مصدرُ معارفنا مصدرَ الحياة بالذات. يجب أن نتلقى مؤثرات كي نحيا، ويجب أن نتلقى مؤثرات كي نعرف، وبما أن الحاجة إلى الدرس كانت بمقدار فعلها علينا، فإن ذلك يستتبع أن وسائلنا في التعلم متناسبة دومًا مع حاجاتنا»[52]. أما بالنسبة إلى كابانيس، فشأنه بالنسبة إلى القرن الثامن عشر وإلى تقليدٍ كامل كان مألوفًا في عصر النهضة؛ إذ كانت معرفة الحياة تستند بالتأكيد إلى جوهر **الحي**، لأنها لم تكن منه سوى مظهره. ولهذا السبب لم يكونوا

---

(51) Matthieu-François-Régis Buisson, *De la division la plus naturelle des phénomènes physiologiques considérés chez l'homme* (Paris: [s. n.], 1802), p. 57.

يُقارن مع: Bichat, *Recherches physiologiques*, n. 1, p. 2.

(52) Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Du Degré de certitude de la médecine*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1819), pp. 76-77.

يسعون أبدًا إلى التفكير بالمرض إلا بدءًا من الحي، أو من نماذجه (الميكانيكية)، ومكوناته (الخلطية، الكيميائية)، حيث ولدت النزعة الحيوية والنزعة الضدحيوية من هذه الأسبقية الأساسية للحياة ضمن تجربة المرض. ومع بيشا، وجدت معرفةُ الحياة أصلها في تدمير الحياة، في نقيضها الأقصى؛ ففي الموت يقول المرضُ والحياة حقيقتهما: إنها حقيقة نوعية، لا تُختزل، محمية من كل أشكال اندغام في اللاعضوي من طريق حلقة الموت التي تشير إليها لماذا تكون ما هي عليه. وبشكل طبيعي كان كابانيس الذي دفع بالحياة بعيدًا في عمق الأصول، أكثرَ ميكانيكية من بيشا الذي لم يكن يفكر فيها إلّا بعلاقتها بالموت. منذ بداية عصر النهضة وحتى نهاية القرن الثامن عشر، كانت معرفة الحياة أُخذت في حلقة الحياة التي انطوت على نفسها لترى نفسها، وبدءًا من بيشا انزاحت نسبةً إلى الحياة وانفصلت عنها بحدّ الموت الذي لا يمكن اجتيازه، والذي تنظر إلى نفسها بمرآته.

ما من شك في أن ذلك كان هدفًا واضح الصعوبة وغريبًا بالنسبة إلى المعاينة الطبية كي تشرع بمثل هذه المحادثة. وقد كان ثمة ميل قديم قِدمَ خوف البشر شدّ أبصار الأطباء صوب التخلص من المرض، صوب الشفاء، صوب الحياة. ولم يكن باستطاعة ذلك أن يعني سوى استعادة قواها. لقد بقي الموت، وراء ظهر الطبيب، التهديدَ المظلم الأشد حيث بطلت معرفته ومهارته؛ إذ كان (الموت) الخطر الذي يتهدد الحياة أو المرض فحسب، إنما المعرفة التي كانت تسائلهما. ومع بيشا، دارت المعاينةُ الطبية حول نفسها وطلبت من الموت تقديم حساب عن الحياة والمرض، ومن سكونه النهائي (طلبت) زمنَهما وحركاتهما. ألم يكن ينبغي أن يلتفَّ الطبُّ على هاجسه الأقدم في أن يقرأ ما كان يجب أن يؤسس حقيقته، ضمن ما كان يشهد على إخفاقه؟

لكن ما فعله بيشا يزيد على تحرير الطب من الخوف من الموت. لقد دمج هذا الموت بجملة تقنية ومفهومية يكتسب فيها خصائصَه النوعية وقيمته الأساسية كتجربة، مع أن القطيعة الكبرى في تاريخ الطب الغربي تعود تحديدًا إلى اللحظة التي أصبحت فيها التجربةُ السريريةُ معاينةً تشريحية سريرية. يعود تاريخ [كتاب] **الطب السريري** (*Médecine Clinique*) لبينل إلى عام 1802، وظهر كتاب **الثورات**

الطبية (*Les Révolutions de la Médecine*) في عام 1804، ويبدو أن قواعد التحليل انتصرت في فك لغز مجموعات الأعراض. لكن، قبل عام، كان بيشا دفع بها في التاريخ: «ستكونون بعد عشرين عام قد أخذتم، صباحَ مساء، ملاحظات قرب سرير المرضى حول إصابات القلب والرئتين والأحشاء الهضمية، ولن تكون جميعها بالنسبة إليكم سوى إرباك في الأعراض، التي ستقدم إليكم، بتجمعها مع بعضها الذي لا يقول شيئًا، كميةً من الظواهر غير المتماسكة. افتحوا بضع جثث، سرعان ما سترون اختفاء الغموض الذي عجزت المشاهدة وحدها عن تبديده»[53]. الليل الحي ينقشع في وضوح الموت.

---

(53) Bichat, *Anatomie générale*, «Avant-propos,» p. xcix.

الفصل التاسع

المرئي المخفي

إذا ما نظرنا إلى المرض من جهة الموت، نجد أنه يملك أرضًا، موطنًا مُحدَّدًا، مكانًا مُحكمًا مخفيًا، تنعقد فيه قراباتُه وعواقبه، وتحدد القيمُ الموضعية (المحلية) أشكالَه. وانطلاقًا من الجثة نراه، من باب المفارقة، حيًا. هي حياة لم تعد حياة التداعيات [الودية] القديمة ولا القوانين التجميعية للاختلاطات، إنما حياة تمتلك صورها وقوانينها الخاصة.

1 - مبدأ الاتصال بين الأنسجة

سبق لرودرر (Roederer) وفاغلر (Wagler) أن عرَّفا المرض المخاطي (morbus mucosus) على أنه يصيب الوجهين الداخلي والخارجي للقناة الهضمية على كامل امتدادها[1]، وهي ملاحظة عممها بيشا: تَتبعُ الظاهرة المرضية طريقًا مفضلاً في الجسم البشري يفرضه التشابه النسيجي. يمتلك كل نمط غشائي طُرزًا مرَضية خاصة به: «بما أن الأمراض لا تعدو كونَها تبدلاتٍ في الخصائص الحية، وأنَّ كل نسيج يختلف عن غيره من خلال العلاقة بين هذه الخصائص، يصبح بدهيًا أن يختلف عنها بالأمراض التي تصيبه»[2]؛ إذ يمكن أن يصاب العنكبوت بأشكال الخزب [الاستسقاء] ذاتها التي تصيب جنب الرئة والبريطوان، لأن الأمر هنا يتعلق بالأغشية المصلية. فالشبكة القائمة على التداعيات [الودية] التي لم تكن مثبتة إلّا على التشابهات من دون جهاز عضوي، أو على الملاحظات الإمبيريقية، أو على تعيين تخميني للشبكة العصبية، صارت تستند الآن إلى تماثل بنيوي دقيق:

(1) Johann Georg Roederer et Carl Gottlieb Wagler, *Tractatus de morbo mucoso. Denuo recusus annexaque praefatione de trichuridibus, novo vermium genere editus ab Henrico-Augusto Wrisberg professore medico et anatomitico gttingensi, cum tabulis aeneis* (Göttingen: [s. n.], 1783).

(2) Xavier Bichat, *Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1801), «Avant-propos,» p. lxxxv.

عندما تلتهب أغلفة الدماغ، فإن حساسية العين والأذن تشتد، وفي عملية القيلة المائية بالحقن، فإن تهيج جدار المهبل (vaginal) يحرّض آلامًا في المنطقة القطنية (lombaire)، ويمكن أن يحرض التهابٌ في الجنبة المعوية إصابةً دماغية من طريق «ودية التوترية (tonicité)»[3]. أصبح المسلك المرضي يمتلك طرقه الإلزامية.

2 - مبدأ كتومية الأنسجة

هو مبدأ مرتبط بالمبدأ السابق. إن العملية المرضية، من خلال امتدادها على سطوح، تتبع النسيج أفقيًا من دون أن تخترقه عموديًا إلى الأنسجة الأخرى. فالتقيؤ بالتداعي [الودي] يخص النسيج الليفي، وليس غشاء المعدة المخاطي، في حين أنّ أمراض السمحاق غريبة عن العظم، وعندما تصاب الشُّعب الهوائية [القصبات] (bronches)، يبقى الجنب سليمًا. إن الوحدة الوظيفية لعضو ما لا تكفي من أجل فرض وصول واقعة مَرَضية من نسيج إلى آخر. ففي القيلة المائية تبقى الخصيةُ سليمة في وسط التهاب الغلالة التي تغلفها[4]، في حين أن إصابات لب الدماغ نادرة، فإن إصابات العنكبوت متواترة، ومن نمط مختلف جدًا عن الإصابات التي تصيب الأم الحنون. أي إن كل طبقة نسيجية تمتلك خواصها المرضية الفردية وتحتفظ بها. فالانتشارُ المرضي شأنُ السطوح المتشاكلة، لا المتجاورة ولا المتناضدة.

3 - مبدأ الاختراق اللولبي

يقيّد هذا المبدأ المبدأين السابقين، من دون أن يشكك بهما. إنه يعوّض عن قاعدة التماثل بقواعد التأثيرات المناطقية وعن قاعدة الكتومية بقبول أشكال الاختراق من طريق الطبقات. يمكن أن يحصل لإصابة ما أن تستمر مدة كافية حتى تغمر الأنسجةَ التحتية أو المجاورة. وهذا ما يحدث في الأمراض المزمنة مثل السرطان، حيث تصاب الأنسجة كلها في العضو المصاب بشكل متعاقب، وتنتهي

(3) Xavier Bichat, *Traité des membranes en général, et de diverses membranes en particulier*, Notes par Magendie (Paris: [s. n.], 1827), pp. 122-123.

(4) Ibid., p. 101.

بـ «امتزاجها في كتلة مشتركة»[5]. تحصل أيضًا مسالك ليست سهلة التعيين، ليس من طريق التشرّب ولا التماس، إنما من طريق حركة مزدوجة تمضي من نسيج إلى آخر، ومن بنية إلى وظيفة. فالتبدل الذي يصيب غشاءً ما يمكن أن يمنع إنجاز وظائفه بشكل كامل تقريبًا، من دون أن يصيب الغشاء المجاور؛ مثلًا، يمكن أن يعاق الإفراز المخاطي في المعدة بسبب التهاب أنسجتها الليفية، ويمكن أن تتعطل الوظائف الذهنية بسبب آفات العنكبوت[6]. وقد تكون أشكال الاختراق ما بين الأنسجة أكثرَ تعقيدًا: فإذا أصاب التهاب التأمور الأغلفةَ الغشائية للقلب، فإنه يحرض اضطرابًا وظيفيًا يؤدي إلى تضخم العضو، وبالتالي يُحدث تبدلًا في مادته العضلية[7]. كما أن التهاب الجنب لا يخص، من ناحية منشئه، سوى جنب الرئة، لكن هذا الأخير يفرز، تحت تأثير المرض، سائلًا مُحيًّا يغطي، في حالة الإزمان، كامل الرئة، وهذه تتعرض للضمور، وينقص نشاطها إلى أن يكاد يتوقف عملها، فينقض حينئذٍ سطحها وحجمها لدرجة نحسب معها أن تخريبًا للجزء الأعظم من أنسجتها قد حصل[8].

4- مبدأ خصوصية الطريقة التي تصاب بها الأنسجة

إن التغيرات التي يتحدد مسارُها وعملُها بالمبادئ السابقة، تعود إلى نماذجية [تبويبية] (typology) لا تعتمد على النقطة التي تهاجمها فحسب، إنما على طبيعة خاصة بها. لم يذهب بيشا بعيدًا جدًا في وصف هذه الطرائق المختلفة، لأنه كان يميز بين الالتهابات والتصلدات فحسب. ورأينا أن لاينِك[9] حاول وضع نمذجةٍ [تبويب] عامة للتبدلات (في التكوين النسيجي والشكل والتغذية والموضع، وأخيرًا للتبدلات الناجمة عن وجود الأجسام الغريبة). غير أن مفهوم تبدل التكوين النسيجي بالذات ليس كافيًا لوصف الطرائق المتعددة التي يمكن أن يتعرض لها

---

(5) Bichat, *Anatomie générale*, «Avant-propos,» p. xci.

(6) Ibid., p. xcii.

(7) Jean-Nicolas Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques, du cœur et des gros vaisseaux*, 3ème éd. (Paris: [s. n.], 1818).

(8) Gaspard-Laurent Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (Paris: [s. n.], 1810), pp. 13-14.

(9) يُراجع ص 191-190 من هذا الكتاب.

نسيج ما في تكوينه الداخلي. اقترح دوبويتران تمييز تحولات نسيج ما إلى نسيج آخر عن منتوجات أنسجة جديدة. ففي حالة ما، ينتج الجسم البشريّ نسيجًا موجودًا بشكل نظامي، لكن يكون موجودًا في العادة في موضع آخر. وهذه هي حال التعظم المخالف للطبيعة، وبالإمكان تعداد منتوجات خليوية دهنية أو ليفية أو غضروفية أو عظمية أو مصلية أو سفاقية أو مخاطية؛ نحن إذًا أمام **زَيَغانات** في قوانين الحياة، وليس **تبدلات**. وفي الحالة المعاكسة حيث يظهر نسيج جديد، فهذا يعني أن قوانين التعضّي [التنظيم] قد اضطربت بشكل عميق، ويختلف نسيج الآفة عن أي نسيج موجود في الطبيعة. وهذه هي حال الالتهاب والدرنات [الحديبات] والتصلد والسرطان. أخيرًا إذا ربطنا هذه [التبويبات] بمبادئ التوضع النسيجي، فإن دوبويتران يلاحظ أن لكل غشاء نمطًا مفضلًا من التبدلات، مثل السَّلائِل في المخاطيات، والخزب [الاستسقاء] في الأغشية المصلية[10]. ومن خلال تطبيق هذا المبدأ استطاع بايل تتبع تطور السل من بدايته حتى نهايته، والتعرف إلى وحدة عملياته، وتوصيف أشكاله وتمييزه من الإصابات ذات الأعراض الشبيهة، لكن التي تعود إلى نمط من التبدل مختلفٍ بالكامل. يتّصف السل بـ «خلل مترقّ» في الرئة، يمكن أن يأخذ شكلًا درنيًا أو تقرحيًا أو حصويًا أو حبيبيًا، مع اسوداد، أو سرطانيًا، ولا ينبغي الخلط بينه وبين تهيج المخاطيات (النزلة)، ولا مع تأذي الإفرازات المصلية (التهاب الجنب)، وتحديدًا ليس مع تبدل يصيب الرئة ذاتها أيضًا، إنما على أساس نمط الالتهاب، التهاب الجنب والرئة المزمن[11] (péripneumonie chronique).

5 - مبدأ تبدل التبدل

تستبعد القاعدة السابقة بشكل عام الإصابات المعترضة (diagonal) حيث تتقاطع طرائق مختلفة من الهجمات وتستخدمها كل واحدة بدورها. لكن هناك مفاعيل تسهيلية تربط الاضطرابات المختلفة بعضها ببعض في سلسلة: مثلًا،

---

(10) «Anatomie pathologique,» dans: *Bulletin de l'école de médecine de Paris et de la société établie dans son sein* (Paris: [s. n.], an XIII), 1ère année, pp. 16-18.

(11) Bayle, *Recherches*, p. 12.

التهاب الرئتين والنزلة لا يؤلفان التدرن، لكنهما يسهلان تطوره[12]. وأحيانًا يسمح الإزمان، أو في الأقل إطالةُ زمن الهجمة، بأن تحصل إصابة من طريق أخرى. ففي الجريان المفاجئ، يسبب احتقانُ الدماغ انتفاخًا في الأوعية (وهذا هو سبب الدوار وبَهر البصر (éblouissement) والأوهام البصرية وطنين الأذن) أو أنه، إذا ما تَركز في هذه النقطة، يسبب تمزقًا في الأوعية مع نزوف وشلل فوري. لكن إذا ما حصل الاحتقان بهجوم بطيء، سيحصل في البداية ارتشاحٌ دموي في المادة الدماغية (يترافق مع اختلاجات وآلام) وتلينٌ مرتبط بهذه المادة التي بامتزاجها بالدم تتخرب في العمق، وتلتصق لتشكل جزرًا خاملة (ومن هنا الشلل)، وأخيرًا يحدث خلل كامل في الجهاز الشرياني الوريدي ضمن متن [برانشيم] الدماغ وغالبًا في العنكبوت أيضًا. ومنذ أشكال التليّن الأولى يمكن أن نلاحظ انصبابًا مصليًا، ثم ارتشاحًا قيحيًا يتجمّع أحيانًا في خراج، وفي نهاية المطاف نزًا قيحيًا وتلينًا أقصى في الأوعية يحل محل التهيج الناجم عن احتقانها وتوترها الشديد[13].

تحدد هذه المبادئ قواعدَ منهاج علم الأمراض [الباثولوجيا]، وتصف مسبقًا السبل الممكنة التي يجب أن يتبعها. إنها تعيّن شبكة فضائه وتطورِه، مُظهِرةً بالشفوفية تعرقات المرض. وهذا يأخذ صورةَ تَنبُّتٍ عضوي كبير، له أشكاله في التبرعم وطريقته في التجذر ومناطق نموه المفضلة. هكذا، فإن الظواهر المرضية، وقد تحددت في حيز من الجسم البشري تبعًا لخطوط ومناطق خاصة بها، تأخذ مظهر صيرورات حية. تترتب على ذلك نتيجتان: المرض مرتبط بالحياة ذاتها، ويتغذى منها، ويشارك في «هذه الصلات المتبادلة لفعلٍ يتتالى فيه كل شيء مع كل شيء آخر، ويتصل به ويرتبط معه»[14]. وهو لم يعد حدثًا أو طبيعة مستوردة من الخارج، إنه الحياة وقد تبدلت في سير وظيفة ملتوية: «كل ظاهرة فيزيولوجية ترتبط، في التحليل الأخير، بخواص الأبدان الحية كما هي في حالتها الطبيعية، «وكل ظاهرة مرضية تتأتى من كبر هذه الأبدان وصغرها وما يعتريها من تغيير»[15].

---

(12) Ibid., pp. 423-424.

(13) Claude François Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1820), pp. 98-99.

(14) Bichat, *Anatomie générale*, t. 4, p. 591.

(15) Ibid., t. 1, «Avant-propos,» p. VII.

فالمرض هو انحراف داخل الحياة. إضافة إلى ذلك، فإنّ كل مجموعة مرضية تنتظم حول أنموذج من حالة فردية حية. هناك حياة للدرنات وللسرطانات. هناك حياة للالتهاب، ولم يعد الرباعي القديم الذي كان يصفها (ورم، احمرار، حرارة، ألم) كافيًا لإعادة ظهورها على امتداد الطبقات العضوية المختلفة. ففي الشعيرات الدموية، تمر من خلال التحلل (resolution) والغنغرينا والصلابة والتقيّح والخراج، وفي الشعيرات البيض، يمضي المنحنى من التحلل إلى التقيّح الأبيض وتشكل الدرنات، ومنه إلى التقرحات القاضمة العصية على الشفاء[16]. إذًا، ينبغي أن يحل مفهومٌ أكثر إحكامًا هو الحياة المَرَضية (vie pathologique) محل فكرة مرض يهاجم الحياة. ويجب فهم الظواهر المرضية بدءًا من نص الحياة ذاته، وليس من جوهر منزولي: «لقد اعتُبرت الأمراض بمنزلة اضطراب، ولم يروا فيها سلسلة من الظواهر تعتمد كلها على بعضها بعضًا وتميل في الأغلب نحو نهاية محتّمة. لقد أهملوا الحياة المرضية بالكامل».

أهو تطور غير شواشي للمرض، وفي النهاية، منتظم؟ لكن ذلك كان أمرًا معروفًا منذ زمن بعيد، فقد سبق أن وضع الانتظامُ النباتي، وثباتُ الأشكال السريرية، ترتيبًا لعالم الأمراض قبل التشريح المرضي الجديد. ولم تكن الجِدّة في حيثية الترتيب، إنما في طرازه وأساسه. كان المرض، منذ سيدنهام وحتى بينل، يستمد مصدره ووجهه من بنية عامة، من العقلانية حيث كانت المسألة مسألة **الطبيعة** ونظام الأشياء. ومع بيشا بدت الظاهرة المرضية قائمة على أساس **الحياة**، وهكذا ارتبطت بالأشكال الملموسة والإلزامية التي تتّخذها ضمن الفردية الحية. فالحياة بهوامشها المحدودة والمحددة من التنوع، سوف تؤدّي، في التشريح المرضي، الدور الذي كان يؤمنه مفهوم الطبيعة الهائل في المنزوليات. إنها الأساس الذي لا ينضب، لكن المغلق الذي يجد المرضُ فيه المصادرَ المنظَّمة لخلل نظامه. إنه تغيرٌ بعيد ونظري، هو الذي يبدل على المدى الطويل أفقًا فلسفيًا، لكن هل بالإمكان القول إنه يهدد، دفعة واحدة، عالم الإدراك الحسي وهذه المعاينة التي يطبقها الطبيب على المريض؟

---

(16) François-Joseph-Victor Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1808), pp. 54-55.

إنّ الأمر حاصلٌ كذلك، ولكن بثمن باهظ وحاسم بالتأكيد. ذلك أن ظواهر المرض تجد هنا كيانها الإبيستمولوجي الجديد. ومن باب المفارقة، فإن «المذهب الاسمي[17] (nominalisme)» السريري ترك شيئًا عائمًا على طرف المعاينة الطبية، وعلى حدود المرئي والمخفيّ الرمادية، كان في آن مجملَ الظواهر وقانونَها، ونقطةَ إعادة تجميعها، لكنه أيضًا قاعدة تماسكها الصارمة، وإن صحّ أنّ المرض لم يكن له من حقيقة إلّا في الأعراض، فهو كان الأعراضَ المعطاةَ في الحقيقة. إن اكتشاف العمليات الحياتية بصفتها محتوى المرض يسمح بإعطائه أساسًا لا هو بالبعيد ولا بالمجرّد: أساس قريبٌ قدر الإمكان مما هو ظاهر، وبعد الآن لن يكون المرض سوى الشكل المرضي للحياة. وأما الجواهر المنزولية الكبرى التي كانت تحوم فوق نظام الحياة وتهدده، فقد تمّ الالتفاف عليها بفضله: فالحياة هي الآنيّة، وهي الحاضر والمدرَك في ما وراء المرض، والمرض يجد ظواهره مرة أخرى في شكل الحياة المرضي.

هل في الأمر إعادة تفعيل لفلسفة حيوية[18] (vitaliste)؟ صحيح أن فكر بوردو (Bordeu) وبارتيز (Barthez) كان مألوفًا عند بيشا. لكن إذا كانت الحيوية مخططًا لتفسير الظواهر السليمة أو المرضية في الجسم البشري تفسيرًا نوعيًا، فإن هذا التصور أوهنُ من أن يتنبّه إلى أهمية الحدث الذي سببه اكتشاف التشريح المرضي. لم يستعد بيشا ثيمةَ خصوصيةِ الكائن الحي إلا كي يضع الحياة في مستوى إبيستمولوجي أكثر عمقًا وحسمًا. فهي، كما يرى، ليست مجموع الخصائص التي تميزها من اللاعضوي، إنما الأساس الذي بدءًا منه يمكن أن يُفهم تعارضُ الجسم البشري مع غير الحي الموجودِ والمحمَّلِ بجميع القيم الفعلية للصراع. الحياة ليست شكل الجسم البشري، لكن الجسم البشري هو شكل الحياة المرئي في

---

(17) المذهب الاسمي أو الاسمانية (Nominalisme)، معتقد يعود إلى الفلسفة المدرسية في القرون الوسطى، وفيه يحلّ مفهومُ العلامات العامة محلّ الأفكار العامة، ويؤكّد أن التصوّرات الكونية علامات، وليست جواهر تشكّل نظام ما هو واقعي، لأن الأشياء الخاصة وحدها مزوّدة بوجود. (المترجم)

(18) الحيوية (Vitalisme)، معتقد بيولوجي يرى أن الكائنات الحيّة مهما كانت بسيطة، تتميّز من الكيانات غير الحيّة بامتلاكها «قوة حيوية» أو «مبدأ حيويًا» لا يمكن إرجاعه إلى القوانين الفيزيائية أو الكيميائية. وتقابلها الآلية أو الميكانيكية (Mécanisme). (المترجم)

مقاومتها لما لا يحيا ولما يعارضها. لم يكن للنقاش بين الحيوية والآلية، وبين النزعتين الخلطية[19] (humourisme) والصلبية[20] (solidisme)، معنى إلّا من باب أن الطبيعة، وهي الأساس الأنطولوجي الواسع جدًا، هيأت مكانًا لعمل هذه النماذج التفسيرية. لم يكن بالإمكان تفسير السير الوظيفي الطبيعي أو الشاذ إلا بالرجوع، إما إلى شكل مسبق الوجود، وإما إلى نمط نوعي. ولكن بمجرد أن الحياة لا تفسِّر سلسلةً من الوجوه الطبيعية فحسب، بل تأخذ على عاتقها دور العنصر العام بخصوص الظواهر الفيزيولوجية والمرضية، تكون فكرة الحيوية قد فقدت أهميتها وجوهر محتواها. ومن خلال إعطائه الحياة، والحياة المرضية، كيانًا بهذه الأهمية، فقد خلّص بيشا الطبَّ من النقاش الحيوي وكل ملحقاته.

من هنا، هذا الشعور الذي حمله التفكير النظري إلى معظم الأطباء في بداية القرن التاسع عشر، وهو أنهم تحرروا في النهاية من المنظومات والتأملات. لقد أدرك الطبيبان السريريان كابانيس وبينل أن منهجهما بمنزلة الفلسفة المتحققة[21]، واكتشف المشرحون المرضيون في منهجهم، لا فلسفة، أي فلسفةً ملغاة، كانوا قد هزموها في النهاية وهم يتعلمون الإدراك الحسي. المقصود ببساطة انزياح في الأساس الإبيستمولوجي الذي كان يستند إليه إدراكهم الحسي.

لما كانت الحياة وُضعت في هذا المستوى الإبيستمولوجي، فقد صارت مرتبطة بالموت نظير ارتباطها بما يهدد قوتها الحية بشكل مؤكد ويوشك أن يدمرها. لقد كان المرض في القرن الثامن عشر طبيعةً وضدَّ طبيعة في آن، لأنه

(19) مذهب الأخلاط، هو نظام طبي مفصل لتركيب الجسم البشري وعمله، اعتمدته المدرسة اليونانية القديمة والأطباء الرومانيون والفلاسفة اليونانيون، يقوم على الافتراض أن وجود فائض أو نقص في أي من العناصر الأربعة المتميزة في الشخص - والمعروفة باسم المزاجات أو الأخلاط - يؤثر مباشرة في مزاجه وصحته. والمزاجات الأربعة هي الصفراء السوداء، والصفراء الصفراء، والبلغم، والدم. (المراجع)

(20) معتقد طبّي قديم، ينسب كلّ الأمراض إلى تغيير يصيب الخصائص الحيوية للمواد الصلبة في الأعضاء، مقابل المعتقد الذي ينسبها إلى تبدّل في خصائص الأخلاط (Humourisme). (المترجم)

(21) على سبيل المثل، يُنظر: Philippe Pinel, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (Paris: Maradan, an VI [s. d.]; 1813), «Introduction,» p. xi; ou Charles-Louis Dumas, *Recueil de discours prononcés à la faculté de médecine de montpellier* (Montpellier: [s. n.], 1820), pp. 22-23.

كان يمتلك جوهرًا منتظمًا، وكان من جوهره أن يجازف بالحياة الطبيعية. وبدءًا من بيشا سوف يؤدّي المرض الدور المزدوج ذاته، إنما بين الحياة والموت. فلنكن واضحين حول ذلك. قبْل التشريح المرضي بزمن، كان الطريق الذي يمضي من الصحة إلى المرض، ومن المرض إلى الموت، معروفًا. لكن هذه العلاقة لم تخضع قط للتفكير العلمي، ولا لبنيةٍ ضمن الإدراك الطبي، أما في بداية القرن التاسع عشر، فقد اكتسبت صورةً يمكن تحليلها في مستويين: مستوى نعرفه مسبقًا، الموت كوجهةِ نظر مطلقة عن الحياة، وانفتاحٍ (بكل معاني الكلمة، وحتى الأكثر تقنية) على حقيقتها. لكن الموت هو أيضًا ما تصطدم به الحياة، في ممارستها اليومية، وبه يتلاشى الكائن على نحو طبيعي. يفقد المرض كيانه القديم كحدث طارئ كي يدخل في البعد الداخلي الدائمِ والمتحرك للعلاقة بين الحياة والموت، أي إن الإنسان لا يموت لأنه يصاب بالمرض، بل بشكل أساس، لأنه يمكن أن يموت، يكون معرضًا للإصابة بالمرض. وفي ظلّ هذه العلاقة التعاقبية الزمنية حياة - مرض - موت، تكمن صورة أخرى سابقة وأكثر عمقًا، إنها صورة تربط الحياة بالموت، كي تحرر، فوق ذلك، علامات المرض.

رأينا سابقًا أن الموت ظهر شرطًا لهذه المعاينة التي تجمع، وهي تقرأ السطوح، زمنَ الحوادث المرضية؛ إذ كان يَسمح للمرض أن يتسق أخيرًا ضمن خطاب حقيقي. والآن يبدو بمنزلة مصدر للمرض في كينونته بالذات، ذلك الإمكان الداخلي للحياة والأقوى منها، الذي يجعلها تُستهلك وتنحرف، وفي النهاية تختفي. الموت هو المرض وقد صار ممكنًا في الحياة. وإذا كان صحيحًا أن الظاهرة المرضية، على ما يرى بيشا، مرتبطة بعملية فيزيولوجية وتشتق منها، فإن هذا الاشتقاق يتأسس على الموت، وذلك في الانحراف الذي يكوّنه، والذي يفضح الواقعة المرضية. فالانحراف خلال الحياة هو من مرتبة الحياة، لكنها حياة تنحو باتّجاه الموت.

هنا تكمن الأهمية التي اكتسبها مفهوم «التنكّس (الانحطاط) (dégénération)» منذ ظهور التشريح المرضي. إنه مفهوم قديم؛ إذ طبقه بوفون على الأفراد أو

على سلاسل من الأفراد الذين ينحرفون عن نمطهم النوعي[22]، واستخدمه كذلك الأطباء للإشارة إلى هذا الضعف الذي يعتري الصفات الطبيعية القوية في الإنسان، والذي حكمت به الحياة في المجتمع والحضارة والقوانين واللغة، شيئًا فشيئًا، على حياة الاصطناع والأمراض. التنكّس هو وصفٌ لحركة انحدار انطلاقًا من حالة أصلية، تتجلى بحكم الطبيعة في قمة مراتب الكمال والأزمنة، وفي هذا المفهوم يتجمع كل ما يمكن أن يحتمله التاريخي والشاذ والمضاد للطبيعة من سلب، لكن مفهوم التنكّس المستند منذ بيشا إلى إدراك الموت صار مفهوميًا، سوف يكتسب بالتدريج مضمونًا إيجابيًا. وفي الحدود الفاصلة بين الدلالتين، يعرِّف كورفيزار المرض العضوي من طريق الحقيقة القائلة إن «عضوًا، أو أي كائن صلب، يتنكّس بكامله أو بجزء من أجزائه، بشكل كافٍ، في شرطه الطبيعي كي يصبح فعلُه السهلُ والمنتظم والثابت، عرضةً للخطر أو الاضطراب بشكل ملموس ودائم»[23]. إنه تعريف فضفاض يشتمل على أي شكل ممكن للتبدل التشريحي والوظيفي، تعريف سلبي أيضًا لأن التنكّس لا يعدو كونه بعدًا مأخوذًا نسبةً إلى حالة الطبيعة. مع ذلك، هو تعريف يسمح بالخطوة الأولى نحو تحليل إيجابي، لأن كورفيزار حدد الأشكال التي تتصف «بتغيرات في تلاحم البنية» وبتبدلات في التناظر وبتغيرات في «طريقة الكينونة الفيزيائية والكيميائية»[24]. وإذا فهمنا التنكّس بهذا الشكل، فإنه المنحنى الخارجي الذي تأتي النقاط الفريدة للظواهر المرضية لتسكن فيه، من أجل دعمه ورسمه، إنه في الوقت ذاته مبدأ قراءة بنيتها الدقيقة.

داخل إطار بهذه العمومية، فإن نقطة تطبيق المفهوم كانت محل خلاف. ففي بحث حول الأمراض العضوية، وضع مارتان[25] (Martin) مقابل التشكلات النسيجية (لنمطٍ معروف أو جديد) التنكساتِ بالمعنى الدقيق التي تقتصر على

(22) Buffon, «Histoire Naturelle,» dans: *Œuvres complètes de Buffon*, t. 3 (Paris: [s. n.], 1848), p. 311.

(23) Corvisart, *Essai sur les maladies*, pp. 636-637.

(24) Ibid., p. 636, n. 1.

(25) يُنظر: *Bulletin des sciences médicales*, t. 5 (Paris: [s. n.], 1810).

تبديل شكل النسيج أو بنيته الداخلية. وعلى العكس من ذلك، أراد كروفييه (Cruveilhier)، وهو ينتقد أيضًا الاستخدام المفرط في ضبابيته لمصطلح التنكس، أن يحتفظ به إلى ذلك النشاط المضطرب للجسم البشري الذي أوجد أنسجة ليس لها ما يماثلها في حالة الصحة، وهذه الأنسجة التي تمثل بشكل عام «بنيةً نسيجية دهنية تميل إلى اللون الرمادي»، توجد ضمن الأورام، وضمن الكتل غير المنتظمة المتشكلة على حساب الأعضاء، وفي القرحات والنواسير[26]. أما عند لاينِك، فيمكن الكلام على تنكّس في حالتين محدودتين: عندما يتبدل نسيج إلى نسيج آخر موجود بشكل آخر وفي موضع مختلف في الجسم البشري (تنكّس عظمي للغضاريف، وشحمي للكبد)، وعندما يأخذ نسيجٌ ما، بنيةً وهيئة ليس لهما أنموذج سابق (تنكس درني للعقد اللمفاوية أو للمتن [للبرانشيم] الرئوي، وتنكس ورمي صلد للمبيضين أو الخصيتين)[27]. لكن في جميع الأحوال، لا يمكننا الكلام على تنكّس بصدد التقيح المرضي في الأنسجة. ولا يعتبر التسمك الظاهر في الأم الجافية تعظمًا على الدوام، ففي الفحص التشريحي يمكن أن نفصل صفيحة العنكبوت من جانب والأم الجافية من جانب آخر، حينئذٍ يظهر نسيج كان قد توضع بين الغشاءين، من دون أن يكون ذلك تطورًا تنكسيًا لأحدهما. نتكلم على التنكّس فحسب بصدد عملية تحصل داخل بنية النسيج، فهو البعد المرضي لتطوره البحت، وبالتالي يتنكّس العضو عندما يكون مريضًا بوصفه نسيجًا.

يمكن أن نصف هذا المرض النسيجي بثلاث قرائن. فهو ليس مجرد تخريب أو انحراف من دون ضابط، إنما هو خاضع لقوانين: «فالطبيعة خاضعة لضوابط ثابتة في بناء الكائنات كما في تقويضها»[28]. ثم إن الحالة الصحيحة للجسم البشري ليست عملية موقتة وهشة فحسب، بل هي بنية عكوسةٌ تسلك مراحلُها

---

(26) Jean Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique en général*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1816), pp. 75-76.

(27) René Théophile Hyacinthe Laënnec, «Dégénération,» dans: *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 8 (Paris: [s. n.], 1814), pp. 201-207.

(28) René Théophile Hyacinthe Laënnec et Victor Cornil, *Traité inédit sur l'anatomie pathologique, ou, Exposition des altérations visibles qu'éprouve le corps humain dans l'état de maladie* (Paris: G. Baillière, 1884), «Introduction» et chap. 1, p. 52.

طريقًا إلزاميًا أيضًا، «إنّ ظواهر الحياة تتبع قوانين حتى في أذياتها»[29]. ذلك هو طريق تسلكه صوَرٌ ذات مستوى تنظيمي يطّرد ضعفًا، ففي البداية تتلاشى خواصها الشكلية (تعظمات غير منتظمة)، ثم تحصل تمايزات داخل عضوية (تشمع، تكبد الرئة)، وأخيرًا يختفي تماسك النسيج الداخلي عندما يلتهب الغمد الخليوي للشرايين؛ إذ «يصبح سهل التقطيع مثل الشحم (lard)»[30]، ويمكن أن يتمزق نسيج الكبد من دون جهد. وفي الحد الأقصى، يصير الخلل عرضةً للتقويض الذاتي كما في حالة التنكس الدرني، حيث تحرض تقرحاتُ النوى لا تدمير المتن الخليوي [البرانشيم] فحسب، إنما الدرنات ذاتها أيضًا. والتنكّس ليس إذًا عودة إلى اللاعضوي، أو بالأحرى ليست هذه العودة إلا من قبيل أنه يتّجه من دون ريب نحو الموت. أما الخلل الذي يتصف به فليس خللَ غيرِ العضوي، بل هو خلل غير الحي، خلل الحياة وهي في طريقها إلى التلاشي: «يجب أن نطلق تسمية سل رئوي على كل آفة رئوية تنتج، إذا ما تُركت لذاتها، خللًا مترقيًا لهذا الحشا، الذي يحصل بنتيجته التبدلُ ثم الموت في النهاية»[31]. لهذا السبب، هناك شكل من التنكس يصاحب دومًا الحياة ويحدد على امتدادها مواجهتَها مع الموت، «إنها فكرة التبدل والآفة في أجزاء أعضائنا من طريق فعلها بالذات التي لم يتكرم بالتوقف عندها معظم المؤلفين»[32]. إنّ التلف بعدٌ زمني لا يمّحي للنشاط العضوي، إنه يقيس العمل الغامض الذي يسبب خللًا في الأنسجة من حيث إنها تؤمن وظائفها، وتلتقي بـ «حشد من الوكلاء الخارجيين» القادرين على «دحر مقاومتها». وشيئًا فشيئًا، يبدأ الموت منذ لحظة الفعل الأولى وفي المجابهة الأولى مع الخارج، بالإشارة إلى حدوثه الوشيك. إنه لا يتسلل تحت شكل الحادث الممكن فحسب، بل يشكل مع الحياة، بحركاتها وزمنها، الشبكة الوحيدة التي تبنيها وتقوضها في آن.

---

(29) Guillaume Dupuytren, *Dissertation inaugurale sur quelques points d'anatomie* (Paris: [s. n.], an XII), p. 21.

(30) Lallemand, pp. 88-99.

(31) Bayle, *Recherches*, p. 5.

(32) Corvisart, *Essai sur les maladies*, «Discours préliminaire,» p. xvii.

إنّ التنكس، في مبدأ الحياة، هو ضرورة الموت الملازمة لها، وإمكان المرض الأكثر عمومية، إنه تصور يبدو الآن ارتباطُه مع المنهج التشريحي المرضي بكامل الوضوح. ففي الإدراك التشريحي، يكون الموت وجهة نظر ينفتح المرض من أعلاها على الحقيقة، ويتمفصل الثالوث حياة - مرض - موت في مثلث تطل قمته على الموت، ولا يستطيع الإدراك الحسي أن يقبض في وحدة واحدة على الموت وعلى المرض إلا في حال أنه غطى الموت في معاينته الخالصة. لقد بات في مقدورنا أن نعثر في البنيات المدرَكة على الهيئة ذاتها، لكنها معكوسة بالمرآة. فالحياة بمدتها الحقيقية، والمرض بوصفه إمكانًا للانحراف، يجدان أصلهما في ذروة الموت الغائرة عميقًا، إنه يقود وجودهما، من الأسفل. فالموت الذي يعلن، بالمعاينة التشريحية، حقيقةَ المرض بمفعول راجع، يجعل شكله الحقيقي ممكنًا بفعل استباقي.

بحث الطب خلال قرون عن طريقة الارتباط التي يمكن أن تحدد الصلات بين المرض والحياة. وحده مصطلح ثالث استطاع أن يقدم لالتقائهما، لوجودهما المشترك، لتداخلهما، شكلًا أُسِّس في آن على الإمكان التصوري وضمن الاكتمال المحسوس، وهذا المصطلح الثالث هو الموت. وانطلاقًا منه يتجسد المرض ضمن حيز يتوافق مع حيز في الجسم البشري، يتبع خطوطها ويُقطِّعها [كي يبرزها]، ينتظم تبعًا لهندستها العامة، وينعطف كذلك نحو صفاتها الفريدة. ومنذ أن أُدخِل الموت في آلة (organon) تقنية وتصورية، استطاع المرض أن يتحدد في حيز ولدى فرد. حيزٌ وفردٌ، بنيتان مقترنتان تشتقان بالضرورة من إدراكٍ حاملٍ الموتَ.

بهذه الحركات العميقة، يتبع المرض الطرق المبهمة والضرورية للارتكاسات النسيجية. لكن إلامَ يصيرُ الآن جسده المرئي، هذه المجموعة من الظواهر العديمة الأسرار التي جعلته مقروءًا بالكامل أمام معاينة الأطباء السريريين، أي يمكن التعرف إليه من طريق علاماته، وكذلك أيضًا يمكن فك رموزه من خلال الأعراض التي تحدد كليتها جوهرَه بالتمام والكمال؟ أليست هذه اللغة مهددة بأن يَنقص ثِقلُها الخصوصي، وأن تُختصر إلى سلسلة من حوادث السطح، من دون بنية قواعدية

[أجرومية] ومن دون ضرورة دلالية؟ إن التشريح المرضي، حين يخصص طرائق غامضة للمرض، ضمن عالم الأبدان المغلق، يقلل من أهمية الأعراض السريرية ويستبدل بمنهجية المرئي تجربةً أكثر تعقيدًا، حيث لا تخرج الحقيقة من مخزونها العصي على البلوغ إلا من طريق خمود الجثة المشرَّحة وانتهاكها، وبالتالي من طريق أشكال تمّحي فيها الدلالةُ الحية لمصلحة هندسة كثيفة.

إنّه انقلاب جديد للصلات بين العلامات والأعراض. ففي الشكل المبكر من الطب السريري، لم تكن العلامة، بطبيعتها، مختلفة عن الأعراض[33]؛ إذ كان بإمكان أي مظهر من مظاهر المرض أن يأخذ قيمة العلامة من دون تبديل جوهري، شريطة توافر قراءة طبية خبيرة قادرة على وضعه ضمن تعاقب المرض الزمني الكلي. وكان كل عرض علامة بالقوة [كامنة]، والعلامة لم تكن شيئًا آخر سوى عرض مقروء. أما الآن، وضمن الإدراك التشريحي المرضي، فيمكن أن يبقى العرض صامتًا تمامًا، ويمكن النواة المهمة التي يعتقد أنها محميّة، أن تبرهن عن عدم وجودها. ما هو العرض المرئي الذي يستطيع أن يشير على وجه اليقين إلى السل الرئوي؟ لا عسر التنفس الذي أمكن وجوده في حالة النزلة المزمنة، وقد يغيب عند مصاب بالسل، ولا السعال الذي يوجد أيضًا في التهاب الجنب والرئة، ولا يوجد دومًا في السل، ولا الحمى الدقية، المتواترة في ذات الجنب، لكنها تظهر، معظم الأحيان، بوضوح في مرحلة متأخرة عند المصابين بالسل[34]. إن صمت الأعراض قد يكون مراوغًا، لكن ليس مدحورًا. تؤدّي العلامةُ بدقة هذا الدور في الانعطاف، فهي لم تعد العرَض المتكلم، إنّما الذي يَحل محل غياب الكلام الأساس داخل العرَض. كان بايل في عام 1810 مجبرًا على أن يرفض، على التوالي، مؤشرات السلّ العرَضية كلّها، ولم يكن أيّ منها بدهيًا ولا مؤكّدًا. وبعد تسعة أعوام حين كان لاينِك يصغي إلى أنفاس مريض ظنّ أنه مصاب بنزلة رئوية تخالطها حمى صفراوية، تكوّن لديه انطباع بأنه يسمع الصوت وهو خارجٌ مباشرةً من صدره، وكان ذلك على مساحة صغيرة بمقدار [إنش] بوصة مربعة تقريبًا.

(33) يُراجع ص 141-142 من هذا الكتاب.

(34) Bayle, *Recherches*, pp. 5-14.

وربما كان ذلك ناجمًا عن تأثير الآفة الرئوية، على شكل فتحة في جسم الرئة. ثم وجد الظاهرة نفسها عند حوالى عشرين مريضًا بالسل، ثم ميزها من ظاهرة قريبة منها تشاهد لدى المصابين بذات الجنب؛ إذ يبدو الصوت خارجًا من الصدر، لكنه أكثر حدّة من الطبيعي، يبدو صافيًا [رنانًا] ومرتعشًا[35]. هكذا، طرح لاينِك «نقل الصدر للهمس [اللَغَط القَصَبِيّ التكَلُّمِيّ الصَدْرِي] (pectoriloque)» كعلامة وحيدة وواصمة (pathognomonique) ومؤكدة السل الرئوي، و «الثغاء (egophonie)» كعلامة لانصباب الجنب. نجد في تجربة التشريح - السريري أن للعلامة بنية مختلفة بالكامل عن البنية التي منحها إياها منذ أعوام عدة المنهج السريري. ففي فهم زمرمان أو بينل، كانت العلامة على قدر من الإفصاح والتأكيد بمقدار السطح الذي تحتله في مظاهر المرض. هكذا، كانت الحمّى العرض الأكبر، وبالتالي العلامة الأكثر يقينية والأكثر قربًا من الجوهري، التي من طريقها كان بالإمكان التعرف إلى هذه السلسلة من الأمراض التي تحمل تسمِية «حُمَّى» بجدارة. بالنسبة إلى لاينِك لم تعد قيمة العلامة مرهونة بعلاقتها مع الامتداد العرَضي، كما أن صفتها الهامشية، المحصورة، وشبه العصية على الإدراك الحسي، تسمح لها بأن تَعبر مواربةً جسدَ المرض المرئي (المؤلف من عناصر عامة وغير مؤكدة) وأن تصيب طبيعته دفعة واحدة. من هنا تحديدًا، تتجرد من البنية الإحصائية التي كانت تملكها في الفهم السريري الصافي. وكي تؤدي إلى يقين، يجب أن تكون العلامةُ جزءًا من سلسلة متقاربة[36] (série convergente)، وهذه هي هيئةُ المجموعة التصادفيةُ التي تحملها الحقيقة، فالعلامة تتكلم الآن وحدَها، وما تفصح عنه يكون دامغًا: فالسعال والحمى المزمنة والوهن والتقشع والنفث الدموي، تجعل السل متزايد الاحتمال، ولكن في نهاية المطاف، ليس مؤكدًا بالكامل، وحده اللَغَط القَصَبِيُّ التكَلُّمِي الصَدْرِي يدل عليه من دون أي احتمال بالخطأ. وأخيرًا كانت العلامة السريرية تحيل على المرض بالذات، أما العلامة التشريحية المرضية، فتشير إلى الآفة. وإذا كان بعض التبدلات في الأنسجة مشتركًا بين أمراض كثيرة، فإن العلامة

(35) René Théophile Hyacinthe Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate et des maladies, des poumons et du cœur*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1819).

(36) في الرياضيات نقول عن سلسلة إنها متقاربة إذا كانت لتتالي مجاميعها الجزئية نهاية. (المترجم)

التي ستكشف عنها، لن يسعها أن تقول شيئًا عن طبيعة الاضطراب. ولئن أمكن مشاهدة تكبد الرئة، فإنّ العلامة التي تشير إليه لن تقول إلى أي مرض يُعزى[37]. العلامة تحيل إذًا، على حالة الآفة الراهنة فحسب، وليس على الجوهر المرضي البتّة.

إذًا، إنه لإدراكٌ حسي مهم ومختلف من الناحية الإبيستمولوجية في عالم السريريات مثلما وُجد بشكله الأول، ومثلما بدّله المنهج التشريحي. وهذا الاختلاف واضح حتى في الطريقة التي كان يُجسّ بها النبض قبل بيشا وبعده. وفي هذا الشأن، يرى مِنوريه أن النبض علامة لأنه عرض، أي من حيث إنه مظهر طبيعي للمرض، ومن حيث إنه يتصل تمامًا بجوهره. هكذا، فإن نبضًا «ممتلئًا وقويًا وقافزًا» يشير إلى امتلاء بالدم وقوة في الخفقان واحتقان في الجهاز الدموي، الأمر الذي يهيئ لنزٍ صاعق. فالنبض «يتعلق من طريق أسبابه بتركيب الآلة، بأكثر وظائفها أهمية واتساعًا، ومن طريق خصائصه، إذا ما أُخِذت وظَهرت بمهارة، يكشف الغطاء عن داخل الإنسان بالكامل»، وبفضله «يشارك الطبيب في علم الكائن الأسمى»[38]. وبتمييزه أنواع النبَض الرأسي والصدري والبطني، لا يبدل بوردو من شكل فهمه النبض. فالمقصود دومًا هو قراءةُ حالةٍ مرضية معينة في سياق تطورها والتنبؤ بسيرها الأكثر احتمالًا. هكذا، يكون النبض الصدري ضعيفًا وممتلئًا ومتسعًا، والنبضات متساوية لكن متموجة، وتشكل نوعًا من موجة مزدوجة «مع قوة خفيفة ورخوة وناعمة للخفقة، الأمر الذي لا يسمح بأن يختلط هذا النوع من النبض بغيره»[39]. وهذا يدل على تفريغ (Evacuation) في منطقة الصدر. أما كورفيزار، فعلى العكس، حين يجسّ نبَض مريضه، لم يكن ليستجوب عرضًا يخص مرضًا، إنما علامة تخص آفة. لم تعد للنبض قيمة تعبيرية بصفتيه من حيث الرخاوة أو الامتلاء، إلّا أنّ التجربة التشريحية السريرية سمحت بوضع لوحة

(37) Auguste-François Chomel, *Éléments de pathologie générale* (Paris: [s. n.], 1817), pp. 522-523.

(38) Jean-Joseph Menuret, *Nouveau traité du pouls* (Amsterdam: Vincent, 1768), pp. ix-x.

(39) Théophile de Bordeu, *Recherches sur le pouls par rapport aux crises*, t. I (Paris: [s. n.], 1771), pp. 30-31.

التوافقات الثنائية الدلالة بين شكل الخفقان وكل نمط من الآفات. فالنبضُ القوي والقاسي والمهتز، متواتر في «أُمَّهات» الدم الفاعلة وغير المختلطة، أما النبضُ الضعيف والبطيء والمنتظم والمتموج، ففي «أم الدم» غير الفاعلة البسيطة، بينما يكون النبضُ المضطرب والمتفاوت والمتموج، في التضيقات الدائمة، ويكون المتقطع والمضطرب بفواصل، في التضيقات الموقتة، في حين أنّ النبض الضعيف الذي يكاد لا يجس، يكون في حالة التصلبات والتعظمات والتلينات، والسريع والمتواتر والمشوش وشبه المختلج، يكون في حالة تمزق حزمة لحمية أو أكثر[40]. لم يعد المقصود هنا علمًا نظيرًا لعلم الكائن الأسمى، ومنسجمًا مع قوانين الحركات الطبيعية، إنما المقصود هو تشكل عدد معين من الإدراكات الحسية التي تتيحها العلامات.

لا تتكلّم العلامة لغة المرض الطبيعية، ولا تأخذ شكلًا وقيمة إلّا داخل التساؤلات التي يطرحها الاستقصاء الطبي. وما من شيء إذًا، يمنع أن يلتمسها الاستقصاء ويصطنعها. لم تعد ذاك الذي يفصح عنه المرض تلقائيًا، إنما هي نقطة التقاء محرَّضة بين إجراءات البحث والجسم البشري المريض. وهذا يفسِّر لماذا استطاع كورفيزار تفعيل الاكتشاف القديم نسبيًا والمنسي لأوينبروغر، من دون مشكلة نظرية كبرى. لقد كان هذا الاكتشاف يستند إلى معارف مَرَضية معروفة جيدًا، إلى نقص حجم الهواء المحتوى في تجويف الصدر في إصابات رئوية كثيرة، ويُفسَّر أيضًا من طريق معطيات التجربة البسيطة، فإذا قرعنا برميلًا، فإن المستوى الذي يخفت عنده رنين الصوت، يشير إلى مستوى امتلائه، وأخيرًا، يُفسَّر من طريق التجريب على الجثة:

«إن كان التجويف المصوِّت للصدر، في بدن غير معيَّن، ممتلئًا بسائل محقون، فإن الصوت، في الجهة الممتلئة من الصدر سيبدو أقتم (obscure) في مستوى الارتفاع الذي يصل إليه السائل المحقون»[41].

---

(40) Corvisart, *Essai sur les maladies*, pp. 397-398.

(41) Leopold Auenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*, Jean-Nicolas Corvisart (trad.) (Paris: [s. n.], 1808), p. 70.

كان من الطبيعي أن يترك الطب السريري في نهاية القرن الثامن عشر جانبًا هذه التقنية التي أظهرت بشكل اصطناعي، علامةً في مكان خالٍ من الأعراض، وتوسلت الجواب عندما لم يكن المرض يتكلم من نفسه، ذلك أنّ الطب السريري مترقِّب في قراءته كما في علاجه. لكن، بدءًا من اللحظة التي فرض فيها التشريح المرضي على السريريات أن تستجوب البدن بسماكته العضوية، وأن تُحضِر إلى السطح ما كان معطًى في الطبقات العميقة فحسب، فإن فكرةَ تقنية صنعية قادرة على مباغتة الآفة، صارت فكرة ذات أساس علمي. من هذا القبيل، يمكن أن تُفهم العودة إلى أوينبروغر في إعادة تنظيم البنيات كما في العودة إلى مورغانيي، ولن يكون القرع (percussion) مبرَّرًا إذا كان المرض معمولًا من شبكة أعراض فحسب، لكنه يصبح ضروريًا إذا لم يكن المريض شيئًا آخر سوى جثة محقونة، أو برميلًا مملوءًا حتى منتصفه.

إن تأسيس هذه العلامات، الصنعية أو الطبيعية، يعني إقامة شبكة من نقاط العلّام التشريحية المرضية على البدن الحي، رسم خفي لتشريح الجثة الذي سيحصل قريبًا. تكمن المشكلة إذًا، في أن تُحضِر إلى السطح ما كان في الطبقات العميقة، لن يصبح علم الأعراض قراءةً، بل مجموعة من التقنيات تسمح بإنشاء **تشريح مرضي إسقاطي**. كانت معاينةُ الطبيب السريري موجَّهةً إلى تسلسل وإلى نطاق من الحوادث المرضية، وكان عليها أن تكون تزامنية وتعاقبية في آن، لكنها في جميع الأحوال كانت متوضعة ضمن امتثال للزمن؛ إذ كانت **تُحلل سلسلة بالكامل**. في المقابل، سيكون على معاينة الطبيب المشرّح المرضي أن **يحدد موضع جرم**، فهي معنية بتعقيد المعطيات الحيزية التي صارت أول مرة في الطب ثلاثية الأبعاد. وفي حين كانت التجربة السريرية تنطوي على إنشاء **شبكة مختلطة من المرئي والمقروء**، فإن علم الأعراض الجديد بات يتطلب نوعًا من **التثليث الحواسي**، لا بد من أن تتعاون فيه أطالس متنوعة كانت مستبعَدة من التقنيات الطبية حتى ذلك الحين. وإلى البصر، أُضيفَ السمْعُ واللمسُ.

منذ عشرات القرون، كان الأطباء، بعد كل شيء، يذوقون البول. وبعد فترة طويلة شرعوا بالجس والقرع والإصغاء. هل هي ممنوعات أخلاقية رُفعت أخيرًا من طريق تقدم الأنوار؟ إذا كان هذا هو التفسير، فإننا لن نفهم جيدًا لماذا أعاد

كورفيزار، في ظل الإمبراطورية [أي بعد عام 1804]، اختراع القرع، ولماذا انحنى لاينِك، في ظل عودة الملكية [أي بعد عام 1814]، ليضع أذنه على صدر النساء أول مرة؛ إذ لم تُختبر العقبة الأخلاقية إلا بعد أن أُسِّسَت الحاجة الإبيستمولوجية، وأوحت الضرورة العلمية بالممنوع على هذا الشكل. إنّ المعرفة تبتدع السرَّ. وكان زمرمان، في سبيل اكتشافه قوة الدوران، عبّر عن رغبته في أن «يمتلك الأطباء الحريةَ في القيام بملاحظاتهم في هذا الخصوص وهم يضعون أيديهم على صدر (المريض) مباشرة»، لكنه لاحظ أن «طباعنا المرهفة تمنعنا من ذلك، وبالتحديد عند النساء»[42]. وفي عام 1811، انتقد دوبل هذا «التواضع الكاذب». وهذا «التحفظ الزائد»، ليس من باب أنه يقدّر السماح بممارسته من دون أي تحفظ، إنما «ينبغي أن يحصل هذا السبر بكل احتشام ممكن، إذا ما تم بدقة من فوق الرداء»[43]. هكذا، سوف يصير الحاجز الأخلاقي، المعترَف بضرورته، وسيطًا تقنيًا. وستحوله رغبة المعرفة العلمية[44] (libido sciendi) التي تتعزز بالممنوع الذي حرضت عليه واكتشفته، ليصبح أكثر إلحاحًا، فهي تزوّد الممنوع بتبريرات علمية واجتماعية، وتدرجه ضمن الضرورة كي تزعم بشكل أفضل أنها تلغيه من الأخلاقيات [الآداب المهنية] وتقيم عليه بنية تخترقه وهي تحافظ عليه. لم يعد الحياء هو ما يمنع الملامسة، إنما القذارة والبؤس، ولم تكن براءة الأجساد، إنما العار. كذلك، فإن الإصغاء المباشر كان «مزعجًا للطبيب وللمريض على حدّ سواء، والقرف وحده يجعله شيئًا فشيئًا صعب التطبيق في المستشفيات، ثم سوف يكون من الصعب طرحه على معظم النساء، بل إن كبر حجم الثديين لدى بعضهن يشكل عائقًا ماديًا أمام ما يمكن تطبيقه». (ولما كانت) السماعة تقيس ممنوعًا تَحوّلَ اشمئزازًا وامتناعًا ماديًا، «استشارتني في عام 1816 امرأة شابة تبدي أعراضًا لمرض في القلب، وبعد الجس باليد وتطبيق القرع عليها، حصلتُ على نتائج قليلة بسبب بدانتها. ولأن عمر المريضة وجنسها يمنعاني من تطبيق نوع

---

(42) George Zimmermann, *Traité de l'expérience médicale*, t. 2, p. 8.

(43) François Joseph Double, *Séméiologie générale* (Paris: [s. n.], 1811).

(44) ميّز القديس أوغسطين ثلاثة أنماط من الرغبات: الرغبة في المعرفة (Libido Sciendi)، والرغبة الشهوانية (Libido Sentiendi)، والرغبة في الهيمنة (Libido Domineti). (المترجم)

الفحص الذي تكلمتُ عليه توًّا (وضع الأذن في المنطقة أمام القلب)، فقد أخذتُ أتذكر ظاهرة سمعية معروفة جيدًا؛ إذا وضعنا الأذن في طرف عارضة خشبية، فإننا نسمع بوضوح ضربة المسمار في الطرف الآخر»[45]. السماعة، وهي بُعدٌ اكتسب رسوخًا؛ إذ تنقل حوادث عميقة ومخفية على امتداد محور نصف لمسي ونصف سمعي. لقد أصبح التواسط الأدواتي من خارج البدن يسمح بابتعادٍ نقيس به بُعدًا أخلاقيًا، وأصبح تحريمُ الملامسة المادية يتيح تثبيت الصورة الافتراضية لما يحدث بعيدًا تحت المنطقة المرئية. ابتعادُ الحياء، بالنسبة إلى المحجوب، هو شاشة إسقاط. وما **لا تستطيع** رؤيته، يظهر بعيدًا مما **يجب عدم رؤيته**.

بهذا، فإنّ المعاينة الطبية، وقد تسلّحت بهذا الشكل، باتت تغطي أكثر مما تقوله كلمة «المعاينة» وحدها. إنها تحصر في بنية وحيدة حقولًا حواسية مختلفة. فالثلاثي: نظر - لمس - سمع يحدد وضعًا إدراكيًا يكون فيه المرضُ العصي على الوصول، محلَّ تعقب من طريق معالم، وقياسٍ في العمق، ويُسحب إلى السطح ويُسقط افتراضيًا على أعضاء الجثة المبعثرة. لقد أصبحت «النظرة» تنظيمًا معقدًا غايته تعيينٌ مكاني للمخفي. «كل عضو من الحواس يتلقى وظيفة أداتية جزئية. فوظيفة العين ليست الأكثر أهمية بالتأكيد؛ إذ ما الذي يمكن أن تغطيه غير «نسيج الجلد وبدايات الأغلفة؟». بينما يسمح اللمس بتحديد معالم الأورام الحشوية والكتل الصلدة وانتفاخات المبيض وتوسعات القلب، أما بخصوص الأذن، فهي تتلقى «طقطقة الشظايا العظمية، ودمدمة أم الدم، وأصوات الصدر والبطن الواضحة إلى حد ما عندما نقرع عليها»[46]. وقد صارت المعاينة مزودة من الآن فصاعدًا ببنية متعددة الحاسة. معاينة تجس وتسمع، وعلاوة على ذلك، فهي ترى، ليس من طريق الجوهر أو الضرورة.

غير أنّ المرة الواحدة لا تُحسب عادةً، وهنا سأستشهد بمؤرخ للطب: «ما إن نتمكن من التعرف، بالأذن أو الأصابع، في الكائن الحي، على ما يكشف عنه تشريح الجثة، حتى يدخل وصف الأمراض، وبالتالي المعالجة، طريقًا جديدًا بالكامل»[47].

---

(45) Laënnec, *Traité de l'auscultation*, pp. 7-8.

(46) Chomel, *Éléments*, pp. 30-31.

(47) Charles Daremberg, *Histoire des sciences médicales comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1870), p. 1066.

علينا ألّا نفقد ما هو جوهري. فالبُعدان اللمسي والسمعي لم يأتيا ليُضافا من دون قيد أو شرط إلى ميدان الرؤية، بل إن التثليث الحواسي الضروري للفهم التشريحي السريري، يظل تحت علامة المرئي المسيطرة: أولًا، لأن هذا الفهم متعدّد الحاسّة ما هو إلّا طريقة لاستباق هذا النصر الذي أحرزته المعاينة ألا وهو تشريح الجثة، ثم ليست العين واليد سوى عضوين موقتين للاستبدال بانتظار أن يجعل الموتُ من الحقيقة حضورَ المرئي الساطع، فالمقصود هو تحديد معالم هي قيد الحياة، أي ماثلة في الليل، للإشارة إلى ما قد تكون عليه الأشياء في الوضوح الأبيض للموت. بالتحديد، فإن التبدلات المكتشفة من طريق التشريح تخص «شكل الأعضاء أو أنسجتها، وضخامتها ووضعيتها واتجاهها»[48]، أي المعطيات المكانية التي تنكشف للمعاينة من طريق حق المنشأ. وعندما يتكلم لاينِك على التبدلات في البنية، لا يعني بها البتّة ما هو أبعد من المرئي، ولا ما سيكون محسوسًا باللمسة المرهفة، إنما هو انفصالات الاتصالية وتراكم السوائل والنمو الشاذ أو الالتهابات المتصفة بانتباج النسيج واحمراره[49]. وفي أي حال، إن الحد المطلق وأساس الاستقصاء الإدراكي الحسي محددان دومًا من طريق المستوى الواضح لرؤية افتراضية في الأقل. يقول بيشا وهو يتحدث عن المشرِّحين: «إنها صورة يرسمونها بدلًا من أن تكون أشياء يعلّمونها. عليهم أن يروا أكثر مما يتأملون»[50]. عندما يسمع كورفيزار قلبًا لا يعمل جيدًا، ويسمع لاينِك صوتًا حادًّا يرتجف، فإن ما يريانه بواسطة هذه المعاينة التي تسكن سمعهما سرًّا، والتي تحييه في ما هو أبعد من ذلك، هو ضخامة (عضو مُفْرِط النُّمُوّ وَزَائِد وَزْنًا وَحَجْمًا (hypertrophie))، وانصباب (الهَرْق (épanchement)).

هكذا، تتضاعف المعاينة الطبية منذ اكتشاف التشريح المرضي. ثمة معاينة موضعية ومحصورة، هي المعاينة المتاخمة للجس والإصغاء، لا تغطي سوى أحد حقول الحواس، ولا تمس إلا السطوح المرئية. وثمة أيضًا معاينة مطلقة، متكاملة تمامًا، تسيطر على الخبرات الإدراكية كلّها، وتؤسس لأخرى. وهذه هي التي تبني

(48) Xavier Bichat, «Essai sur Desault,» dans: Pierre-Joseph Desault, *Oeuvres chirurgicales de P. J. Desault, ... ou Tableau de sa doctrine et de sa pratique dans le traitement des maladies externes*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1798), pp. 10-11.

(49) Laënnec, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 2, article «Anatomie pathologique,» p. 52.

(50) Bichat, «Essai sur Desault,» p. 11.

في وحدة مهيمنة ما يتعلق، على مستوى منخفض أكثر، بالعين والأذن واللمس. وعندما يشاهد الطبيب، بكل حواسه المتأهبة، ثمة عينٌ أخرى تتجه نحو وضوح الأشياء الأساس، ومن خلال معطى الحياة الشفاف الذي تكون معه الحواس الخاصة مجبرةً على العمل مواربةً، فإن الطبيب يتوجه باستقامة وباتزان إلى صلابة الموت الواضحة.

إنّ البنية - وهي إدراكية وإبيستمولوجية في آن - التي تقود التشريح السريري وكامل الطب المشتق منه، هي بنية رؤية المخفي. ذلك أنّ الحقيقة التي، بحكم الطبيعة، صُنعت من أجل العين، تُوارى عنها، لكنها سرعان ما تنكشف خلسةً من طريق ذلك الذي يحاول مواراتها. هكذا، تظهر (se développe) المعرفة تبعًا للعبة الأغلفة (enveloppes)، حيث يأخذ العنصرُ المخبأ شكلَ المحتوى المُخبّأ وإيقاعَه، الأمر الذي يجعل من طبيعة الحجاب (voile) أن يكون شفافًا[51] (transparent). والحال أنّ المشرّحين يحققون هدفهم «حالما لا تعود الأغلفة التي تغطي أجزاءنا، أمام أعينهم المدربة، سوى حجاب شفاف يسمح بانكشافها كلها وما بينها من علاقات»[52]. تراقب الحواس الخاصة من خلال الأغلفة، وتحاول أن تحيط بها أو ترفعها، ويخلق فضولُها الناشط ألفَ وسيلة، تصل إلى حد استخدام الحياء بشكل وقح (تشهد على ذلك السماعة). لكن عين المعرفة صادرت سلفًا الأصواتَ الخشنة أو الحادّة والنفخاتِ والجس والجلود الخشنة والناعمة والصرخات، واستعادتها ضمن هندسة الخطوط والسطوح والأجرام. إنه سلطان المرئي، يكون ملحًا بمقدار ما يتلازم مع قدرة الموت. إن ما يخبّئ ويُغلف، أي ستارة الليل على الحقيقة، هو الحياة، من باب المفارقة. أما الموت، فعلى العكس، فهو يرفع، في ضوء النهار، نقاب الأبدان الأسود: حياةٌ مظلمة وموتٌ شفاف، هما القيمتان التخيليتان الأكثر قدمًا في العالم الغربي، تتقاطعان هنا في سوء فهم غريب الذي هو معنى التشريح المرضي ذاته، إن كان من الملائم معاملته على أنه واقعة

---

(51) لا تعود هذه البنية، مثلما يفترض، إلى بداية القرن التاسع عشر؛ إذ تهيمن في خطوطها العامة على أشكال المعرفة والإيروتيكا في أوروبا منذ منتصف القرن الثامن عشر، وقد سادت حتى نهاية القرن التاسع عشر. سنحاول دراستها لاحقًا.

(52) Ibid., p. II.

حضارية ذات مرتبة، ولِمَ لا، موازية للواقعة الحضارية المتمثلة في تحوّل الغرب من ثقافةِ حرقِ الأموات إلى ثقافةِ دفنِهم. لقد كان طب القرن التاسع عشر مسكونًا بهذه العين المطلقة التي تضفي صفة الجثة على الحياة وتعثر في الجثة على عروق الحياة الهشة والمكسورة.

كان الأطباء في ما مضى يتواصلون مع الموت عبرَ أسطورة الخلود الكبرى أو، في الأقل، عبر حدود الحياة المتقهقرة تدريجًا[53]. والآن، يتواصل هؤلاء الناس الذين يسهرون على حياة الناس مع موتهم في ظلّ شكل المعاينة الدقيق والصارم.

إنّ هذا الإسقاط للمرض على سطح قابل للرؤية بالكامل، يمنح مع ذلك الخبرة الطبية أساسًا كامدًا (غير شفاف، غير مُنفِذ (opaque)) لن يعود بإمكانه أن يمضي أبعد منه. أي إن ما ليس على صعيد المعاينة يسقط خارج مجال المعرفة الممكنة. من هنا، رفضُ عددٍ معين من التقنيات العلمية على الرغم من استخدام الأطباء لها خلال أعوام مضت؛ إذ رفض بيشا استخدام المجهر: و«عندما ننظر في العتمة، فإن كل واحد يرى بطريقته»[54]. إنه نمط المنظورية (الإبصار) (visibilité) الممكنة الوحيد الذي اعترف به التشريح المرضي، وهو النمط الذي تحدده المعاينةُ اليومية؛ منظورية ممكنة بحكم القانون، تغلّف، في ما هو مخفيّ موقتًا، شفافيةً كامدة، وليس (كما في الاستقصاء المجهري) مخفيًا بحكم الطبيعة، تفرضه لفترة ما تقنيةُ المعاينة المضاعفة صنعيًا». استغنى تحليل الأنسجة المرضية، بطريقة تبدو لنا غريبة لكنها ضرورية بنيويًا، على مدى أعوام، عن الأدوات البصرية الأكثر قدمًا.

يضاف إلى ذلك أمر كثير الدلالة وهو رفض الكيمياء (المعاينة بالأدوات). لقد قام التحليل، كما مارسه لافوازييه، مقامَ أنموذج إبيستمولوجي للتشريح

---

(53) كان في نهاية القرن الثامن عشر، نصٌ شبيه بنص هوفلاند. يُنظر: Christoph Wilhelm Hufeland, *Makrobiotik oder Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern* (Iéna: [s. n.], 1796).

(54) Bichat, *Traité des membranes*, an VIII, p. 321.

الجديد[55]، لكنه لم يقم بوظيفةِ امتداد تقني للمعاينة التي يمارسها. كانت الأفكار التجريبية الطبية في القرن الثامن عشر متعددة، فعندما كانوا يودون معرفة مما تتألف الحمى الالتهابية، كانوا يقومون بتحليل الدم، ويقارنون الوزن المتوسط للكتلة المتخثرة بوزن «البلغم الذي ينفصل عنها»، ثم يقومون بالتقطير ويقيسون كتلَ الملح المتبلِّر والطيار، وكتلَ الزيت وعنصرَ التراب الماثلة لدى المريض ولدى الفرد السليم[56]. وكانت هذه العدة الاختبارية قد اختفت في بداية القرن التاسع عشر. أما المشكلة التقنية الوحيدة التي بقيت، فهي معرفةُ ما إذا كان المصاب بالحمى الالتهابية يبدي، بعد تشريح جثته، تبدلات مرئية أم لا. وفي هذا الشأن، يوضح لاينِك أنه «من أجل تحديد خصائص آفة مرضية، يكفي في العادة، وصفُ خصائصها الفيزيائية أو المحسوسة، والإشارةُ إلى المسار الذي اتبعته في تطورها وأطوارها النهائية»، وفي الحالات القصوى كان لديهم متسع من الوقت لاستخدام بعض «المواد التفاعلية الكيميائية»، شريطةَ أن تكون شديدة البساطة ومسيّرة فحسب من أجل «استخلاص بعض الخصائص الفيزيائية». هكذا، كانوا يسخنون الكبد أو يسكبون حمضًا على مادة متنكِّسة، إن كانوا يجهلون ما إذا كانت دهنية أم ألبومينية [محية][57].

كانت المعاينةُ وحدَها تهيمن على كامل حقل المعرفة الممكنة. هكذا استُبعد تَدَخلُ التقنيات التي تطرح مشكلات القياس والمادة والتركيب في مستوى البنيات المخفية من الاستعمال. لا يتم التحليل بمعنى التعمّق غير المحدود باتجاه التشكلات الأكثر دقة، وحتى اللاعضوية منها؛ ففي هذا الاتجاه اصطدم التحليل باكرًا بالحد المطلق الذي فرضته المعاينة عليه، من هنا راح ينزلق، عموديًا، وهو ينحرف نحو تمايز الصفات الفردية. وعلى الخط الذي يكون المرئي فيه مستعدًا للذوبان في المخفي، في ذروة تلاشيه هذه، تأتي الصفات الخاصة لتقوم بدورها.

---

(55) يُراجع الفصل الثامن من هذا الكتاب.

(56) تجارب أجراها لانغريش وتابور (Langrish et Tabor)، ذكرها سوفاج في: François Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique: Dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes*, t. 2 (Lyon: [s. n.], 1772), pp. 331-333.

(57) Laënnec et Cornil, pp. 16-17.

لقد صار ممكنًا خطاب جديد عن الفرد، بل وضروريًا، لأنه الطريقة الوحيدة بالنسبة إلى المعاينة في ألّا تتخلى عن ذاتها، وألّا تلغي نفسها ضمن صور التجربة حيث تصبح مجردة من السلاح. على هذا، فإنّ لمبدأ المنظورية قرينًا ملازمًا هو مبدأ القراءة التمايزية (التفاضلية) للحالات.

إنها قراءة ذات سيرورةٍ مختلفة جدًا عن التجربة السريرية في شكلها الأول. لقد كان المنهج التحليلي ينظر إلى «الحالة» ضمن وظيفتها كحامل دلالي ليس إلّا، وكانت أشكال الوجود معًا أو أشكال السلسلة التي أُخذت فيها، تسمح بأن تلغي من ذاتها ما كان حدثًا عارضًا أو متبدلًا، ولم تكن بنيتها المقروءة تظهر إلا في تحييد الذي لم يكن جوهرًا. وكانت السريريات علمَ الحالات من باب أنها تتصرف في البدء على التقليل من تجوية (اختلال) (feutrage) الفروق الفردية. وفي المنهج التشريحي، قُدِّم فهمُ الفرد بتعبير الإطار المكاني الذي يشكل بنيته الأكثر دقة والأكثر تمايزًا، ومن باب المفارقة، الأكثر انفتاحًا على الحدث العارض، مع بقائه الأكثر وضوحًا. لقد شاهد لاينِك امرأة تبدي أعراضًا وصفية لإصابة قلبية، لديها وجه شاحب ومنتفخ، وشفتان بنفسجيتان، وتورم في الطرفين السفليين وتنفس قصير ومتسارع ولاهث، ونوبة سعال وصعوبة في الاستلقاء. لكن أظهر تشريح الجثة سلًا رئويًا مع أجوافٍ محصّاة ودرناتٍ مصفرّةٍ في المركز، رماديةٍ وشفافةٍ في المحيط. كان القلب في حالة شبه طبيعية (في ما عدا الأذين الأيمن المتمدد جدًا). أما الرئة اليسرى، فكانت ملتصقة بالجنب من طريق لجام خليوي، وكانت تَظهَر عليها في هذه المنطقة شقوقٌ غير منتظمة ومتلاقية، وكانت قمة الرئة تبدي شرائط كبيرة إلى حد ما ومتقاطعة في ما بينها[58]. وقد فسّر هذا النمط الخاص للآفة الدرنية عسرَ التنفس، الخانق قليلًا، والتبدلاتِ في الدوران التي منحت اللوحة السريرية مشهدًا قلبيًا صريحًا. إنّ المنهج التشريحي المرضي يدمج إمكان التعديل الفردي الثابت ببنية المرض. وذلك كان إمكانًا موجودًا بالتأكيد في الطب السابق، غير أنه لم يتم التفكير بها إلّا في ظلّ شكل مجرد لمزاج الشخص المصاب، أو لتأثيرات تعزى إلى الوسط، أو لتدخلات علاجية، يراد منها أن تعدل

---

(58) Laënnec, *Traité de l'auscultation*, pp. 72-76.

من الخارج نمطًا مرضيًا. أما في الفهم التشريحي، فأصبح المرض لا يتحدد البتة إلا مع «اهتزاز» (تحريك (bougé)) معين؛ إذ إنّ لديه منذ البداية نطاق الولوج والسير والكثافة والتسارع الذي يرسم وجهه الفردي. وهذا الوجه ليس انحرافًا مضافًا إلى الانحراف المرضي، ذلك أن المرَض ذاته انحرافٌ دائمٌ داخل طبيعته المنحرفة بشكل جوهري. ما من مرض إلّا هو فردي: ليس لأن الفرد يرتكس حيال مرضه الخاص به، إنما لأن فعل المرض يحصل، على نحو صحيح، في شكل الحالة الفردية.

من هنا، الانعطاف الجديد الذي مُنح إلى اللغة الطبية؛ إذ لم يعد المقصود، من طريق تقاطع ثنائي الدلالة، ارتقاء بالمرئي إلى مقروء، وتحويله معبّرًا من طريق الصفة الكونية للغةٍ مشفرة، بل على العكس، المقصود هو فتح الكلمات على دقة نوعية معينة، دومًا أكثر ملموسية وأكثر فردية وأكثر طواعية، مثل أهمية اللون والقوام و«البذرة»، وتفضيل المجاز على القياس (كبير مثل... ضخامة شبيهة بـ...)، وتقدير السهولة أو الصعوبة في العمليات البسيطة (تمزيق، سحق، ضغط)، وقيمة الصفات ما بين الحواس (أملس، دهني، محدب)، ومقارنات إمبيريقية وإرجاع إلى اليومي والطبيعي (أغمق من الحالة الطبيعية، إحساس وسَطٌ «بين الإحساس بمثانة رطبة نصف مملوءة هواءً إذا ضغطناها بالأصابع، والقرقعة الطبيعية لنسيج رئوي في الحالة السليمة»)[59]. لم يعد المقصود إقامة علاقة بين قطاع إدراكي وعنصر دلالي، إنما إعادة اللغة بالكامل صوب هذه المنطقة التي يوشك فيها المدرَك، بفرادته، أن يفلت من شكل الكلمة، وأن يصبح في النهاية عصيًّا على الإدراك لشدة العجز عن أن يُقال، حيث إنّ الاكتشاف لن يكون بعد الآن فعلَ قراءة تماسكٍ جوهري في ظل حالة من الخلل، بقدر ما يكون فعلَ دفعٍ إلى البعيد قليلًا لخط الزبد الصادر من اللغة، فيجعله يتخطى منطقة الرمل هذه التي ما زالت مفتوحة على وضوح الإدراك، لكنها لم تعد كذلك في ما خصّ الكلام المألوف. إنه إدخال اللغة في هذه العتمة الخفيفة التي لم يعد فيها للمعاينة من كلمات.

---

(59) Ibid., p. 249.

إنه عمل شاق ودقيق؛ إذ **يُظهر**، على نحو ما أظهره لنا لاينِك بجلاء، وخارج كتلة الأورام الصلدة المشوّشة، أولَ كبد متشمِّعة في تاريخ الإدراك الطبي. إن الجمال الفائق والرسمي الذي اتّسم به النص يربط، بحركة واحدة، جهدَ اللغة الداخلي في ملاحقة الإدراك بكامل قوة بحثها الأسلوبي، إلى جانب التحرّي عن فرادة مرضية كانت لا تزال إلى حينه غير ملحوظة، «الكبد التي نقص حجمها إلى الثلث كانت، إذا أمكن القول، مخبّأة في المنطقة التي تشغلها، وكان سطحها الخارجي المغطى قليلًا بالحليمات والفراغ، يبدي لونًا رماديًا مصفرًا، وبعد شرمه، كان يبدو مؤلفًا بالكامل من حبيبات صغيرة متعددة، لها شكل مدوّر أو بيضوي، تختلف ضخامتها ما بين حبة الذُرة وحتى حبة القنّب. وتكاد هذه الحبيبات التي يسهل فصل بعضها عن بعض، لا تترك في ما بينها أي فاصل حيث يمكن أن نميّز بقايا النسيج الخاص بالكبد؛ كان لونها أشقر أو أصفر أو أصهب، يميل في بعض الأماكن إلى الأخضر، وكان نسيجها الرطب والكامد رخوَ الملمس **أكثر** منه لينًا، وإذا ما عصرنا الحبيبات بين الأصابع، ما كان باستطاعتنا أن نفتت سوى قسم صغير، أما الباقي فكان يُبدي باللمس إحساسًا بقطعة جلد لين»[60].

إن صورة المرئي المخفي تنظم الفهم التشريحي المرضي، لكن كما نرى، تبعًا لبنية عكوسة. ذلك أن المقصود هو مرئي، تجعله الفرادةُ الحية وتشابكُ الأعراض والعمقُ العضوي، في الواقع، مخفيًا ولمدة من الزمن، قبل استعادة المعاينة التشريحية المهيمنة. والمقصود أيضًا هو هذا **المخفي** في التغيرات الفردية الذي يبدو استخلاصه مستحيلًا حتى على طبيب سريري مثل كابانيس[61]، وأن جهد لغةٍ قاطعة (incisif) وصبورة (patient) وقارضة [تحفر عميقًا] (rongeur)، يقدم في النهاية إلى الوضوح المشترك ما هو مرئي للجميع. لقد اشتغلت اللغة والموت على كل صعيد من هذه التجربة وعلى كامل سماكتها، كي يقدما إلى الإدراك العلمي ما بقي بالنسبة إليه ولفترة طويلة المرئي المخفي - السر المكتوم والوشيك الحدوث، ألا وهو معرفة الفرد.

---

(60) Ibid., p. 368.

(61) يُنظر أعلاه.

ليس الفرد الشكل البدئي والأكثر حدة الذي تظهر به الحياة. ولم يُعطَ، في النهاية، إلى المعرفة إلا بعد حركة طويلة من المَوضَعة التي تكمن أدواتها الحاسمة في استخدام معيّن للغة وتصورٍ مفهومي صعب عن الموت. يقع برغسون[62] (Bergson) في المعنى المخالف بشكل صريح عندما يبحث في الزمان وضد المكان، وفي إمساك صامت بالداخل، في نزهة محمومة نحو الخلود، عن الشروط التي يمكن بها التفكير في الفردية الحية. وكان بيشا قدّم قبل قرن درسًا أكثر حدة. وبعد أن كان القانون الأرسطي القديم يمنع [قيام] خطاب علمي عن الفرد، رُفع لمّا وُجد الموتُ، في اللغة، مكان تصوره، فها هو الحيِّزُ قد فَتح إذًا أمام المعاينة شكلَ الفرد المتمايز.

تبعًا لنظام التقاطعات التاريخية، فإن إدخال الموت ضمن المعرفة تمتد جذوره بعيدًا. لقد أوجدت نهاية القرن الثامن عشر ثيمةً كانت، منذ النهضة، مرميّةً في الظل. أن ترى الموت في الحياة، والسكونَ في تبدلها، ثم أن ترى في نهاية زمنها، بداية انقلاب الزمن الذي يعجّ بحيوات لا تحصى، هي لعبة تجربة، يشهد القرنُ [التاسع عشر] ظهورَها من جديد بعد أربعمئة عام من جداريات كامبو سانتو[63] (Campo Santo). ألم يكن بيشا، في المحصلة، معاصرًا لمن أدخل فجأة، في اللغة الأكثر استدلالية (discursif) بين اللغات، الإيروتيكا (érotisme) مع ذروتها التي لا يمكن تجنبها، ألا وهي الموت؟ مرة أخرى، إن المعرفة والإيروتيكا تكشفان في هذا التلاقي عن قرابتهما العميقة. وفي الأعوام الأخيرة من القرن الثامن عشر فتحت هذه القرابةُ الموتَ على مهمة اللغة وبداياتها المتجددة إلى ما لانهاية. ولسوف يتكلم القرن التاسع عشر بإصرار على الموت، على موتٍ وحشي

---

(62) برغسون (Henri Bergson) (1859-1941): فيلسوف فرنسي، ممثّل للحدسية. حاز جائزة نوبل في الأدب في عام 1927. من مؤلّفاته **التطور الخلاق**، و**الديمومة والمعية**. المفهوم الرئيس عنده هو «الديمومة الخالصة» غير اللامادية. (المترجم)

(63) كامبو سانتو (Camposanto)، مقبرة تذكارية قديمة في بيزا في إيطاليا. تعود إلى القرن الثاني عشر إثر عودة أسقف المدينة من الحملة الصليبية الثانية في عام 1149 ومعه حمولة من الأرض المقدسة، تقول الأسطورة إن الأجسام المدفونة تصبح هياكل عظمية خلال 48 ساعة. بدأت تغطية الجدران بلوحات جدارية في عام 1360 واستمرّت على مدى ثلاثة قرون تروي قصص العهد القديم. (المترجم)

وإلغائي (châtré) لدى غويا[64] (Goya)، وموت مرئي، وقاسٍ (muscle) وجليل قدّمه جيريكو[65] (Géricault)، وموت شهواني في حرائق دولاكروا[66] (Delacroix)، وعن الموت اللامارتينيّ[67] (Lamartinian) في تدفقات المياه، وموت بودلير[68] (Baudelaire). لا يُتاح التعرف إلى الحياة إلّا لمعرفة فظّة ومختزِلة وشيطانية سلفًا تريدها ميتة فحسب. إنّ المعاينة التي تغلف الجسد وتداعبه وتفصّله وتشرّح فيه البدن الأكثر فرادة وتكشف عمّا فيه من عضّات سرية، هي تلك المعاينة الثابتة، المتيقظة، المتّسعة قليلًا، والتي سبق أن دانت الحياة من علياء الموت.

لكنّ إدراكَ الموت في الحياة إبان القرن التاسع عشر، لم تكن له الوظيفة نفسها التي كانت له في عصر النهضة. ففي ذلك العهد، كانت (لإدراك الموت) دلالات مختزلة، من حيث إن اختلافَ المصيرِ والثروة والأحوال (بين الأفراد) كان ممحوًا بسبب هيئته (geste) الكونية (الموت)، وكان كلّ امرئ يُسحب، على نحوٍ قَدَري، شطرَ الجميع، وكانت رقصات الهياكل العظمية تصوِّر، في ما يضادّ الحياة، احتفالات معربدة (saturnales) يتساوى فيها الجميع، وما من ريب في أن الموت كان يعادل القدر. وقد بات الآن، على العكس، مكوِّنًا للتفرد، وبه يلتحق

---

(64) غويا (Francisco de Goya) (1746-1828)، رسام إسباني عاش حرب نابليون على إسبانيا، ورَسَمَ رسومًا عدة بعنوان «كوارث الحرب»، ولوحة «العملاق»، ثم مجموعة لوحات أطلق عليها النقاد اسم «اللوحات السود». (المترجم)

(65) جيريكو (Théodore Géricault) (1791-1824)، رسّام فرنسي، من رواد الرومانسية، تعتبر لوحة «طوافة ميدوزا» من أشهر لوحاته، تصوّر موت ركاب طوافة تعرّضت للغرق. اهتمّ في آخر حياته برسم الأحصنة، ثم برسم المرضى العقليين. (مترجم)

(66) دولاكروا (Eugène Delacroix) (1798-1863)، رسّام فرنسي، كان والده وزيرًا للشؤون الخارجية فترة حكم المديرين، ثم سفيرًا، سافر إلى الجزائر. من لوحاته الشهيرة «موت ساردانابال» (Mort de Sardanapale) آخر ملوك الآشوريين، في جميع طقوس المخدع من شراب وجوارٍ، و«الحرية تقود الشعب»، و«مشاهد من مجازر شيو» و«موت كليوباترا»، و«يتيمة في المقابر». (المترجم)

(67) لامارتين (Alphonse de Lamartine) (1790-1869)، شاعر وسياسي فرنسي، تعتبر «البحيرة» من أشهر قصائده، وفيها يرثي شابة كان قد أنقذها بعد أن حاولت الانتحار، وتواعدا على اللقاء بعد عام، لكنها ماتت خلال ذلك. (المترجم)

(68) بودلير (Charles Baudelaire) (1821-1867)، شاعر فرنسي، صاحب «أزهار الشر». مات مشلولًا وعاجزًا عن الكلام. (المترجم)

الفرد وهو يفلت من الحيوات الرتيبة ومن استوائها، ولدى الاقتراب البطيء من الموت، تصبح الحياة الغامضة المشتركة بنصفها المدفون لكن المرئي، حالةً فردية في النهاية، كان هناك طوقٌ أسود يعزلها ويقدم إليها نمط حقيقتها. من هنا، أهمية المرَضي (السقيم) (Morbide). فـ **المروِّعُ (الجنائزي)** (Macabre) كان ينطوي على إدراك متجانس للموت بمجرد عبور عتبته. أما **المرضي**، فيسمح بإدراك حاذق للطريقة التي تجد بها الحياةُ في الموت وجهَها الأكثر تمايزًا. المرضي هو شكل الحياة **المتناقص**، بمعنى أن الوجود يستنفد نفسه، ويرهق نفسه في الخلوّ من الموت، لكن أيضًا بالمعنى الآخر، حيث يأخذ هناك حجمه الغريب الذي لا يختزل بالامتثالات وبالعادات، وبما يطرأ من ضرورات، إنها (الحياة) حجم فريد، تحدده ندرتُه المطلقة. من هذا القبيل، هو امتياز المصاب بالسل. في ما مضى، كان الوقوع في براثن الجذام (lèpre) يتم على أساس عقاب جماعي هائل، أما إنسان القرن التاسع عشر، وقد أصبح مصدورًا (رئويًا)، فقد أنجز سره المكنون (incommunicable) في هذه الحمى التي تسرِّع الأشياء وتضللها. وهذا هو السبب في نسبة أمراض الصدر إلى طبيعة أمراض الحب. إنها المعاناة، حياةٌ لمن يهبه الموتُ وجهًا لا يتبدل.

غادر الموتُ سماءَه التراجيدية القديمة، وها هو قد صار نواة الإنسان الغنائية (lyrique). لقد بات حقيقتَه المخفية، وسرَّه المكشوف.

الفصل العاشر

أزمة الحميات

في هذا الفصل سنرى كيف استقر، آخر الأمر، توازن الفهم التشريحي المرضي. فصل سيكون طويلًا إذا تركنا أنفسنا نُؤخذ بتفصيلات الحوادث. خلال ما يقرب من خمسة وعشرين عامًا (من 1808، وهو عام ظهور تاريخ الالتهابات المزمنة (Histoire des phlegmasies chroniques)، وحتى عام 1832 حين تولّت المناقشاتُ حول الهيضة (cholera) زمام التفكير)، احتلت نظرياتُ الحميات الجوهرية ونقدُها، على نحو ما طرحه بروسيه، مساحةً مهمة من البحث الطبي، وكانت تلك النظريات من الأهمية بالتأكيد، أكبر مما تحتمله مشكلةٌ كان سيتم حلها سريعًا على صعيد المشاهدة، لكن مقدارًا من السجالات، ومثل هذه الصعوبة في الوصول إلى تفاهم عندما يحصل اتفاق حول الوقائع، والاستخدام الواسع جدًا لحجج غريبة عن ميدان علم الأمراض، كلٌّ ذلك يدلّ على مواجهة جوهرية، كانت آخر المعارك (الأكثر عنفًا والأكثر إرباكًا) بين نمطين متضاربين من التجربة الطبية.

ترك المنهجُ الذي أسسه بيشا وأتباعُه الأوائلُ سلسلتين من المشكلات من دون حل.

تخصّ السلسلة الأولى كينونة المرض بالذات وصلاته بظواهر الآفات. فعندما نجد انصبابًا مصليًا (épanchement séreux)، أو كبدًا متنكسًا، أو رئة ذات فجوات، فهل ما نراه بالذات هو انصباب الجنب (pleurésie) أو التشمع (cirrhose) أو السل (phtisie)، في أساسها المرضي؟ هل الآفة هي الشكل الأصلي الثلاثي الأبعاد للمرض حيث تكون كينونته من طبيعة مكانية أيضًا - أم إنه يجب أن يوضع في ما هو أبعد، أي في منطقة الأسباب القريبة، أم مباشرة قبله، كأول مظهر مرئي لسيرورة ستبقى مخبأة؟ إننا نرى بوضوح - بعد فوات الأوان - أي جواب يقتضيه منطق الإدراك التشريحي السريري؛ إذ لم تكن الأشياء واضحة جيدًا أمام الذين يتدربون على هذا الإدراك أولَ مرة في تاريخ الطب. ويعتقد بتي الذي أسس تصورَّه عن

الحمّى المعوية المساريقية على ملاحظات تشريحية مرضية، أنه لم يكتشف في الآفات المعوية المرافقة لبعض الحميات الموهنة أو الرنحية (ataxique)، جوهرَ المرض بالذات، ولا حقيقته النهائية، إنما «مقرَّ» المرض، وهذا التحديد الجغرافي أقل أهمية بالنسبة إلى المعارف الطبية من «مجموعة الأعراض العامة التي تميّز الأمراض بعضها عن بعض، والتي تؤدي إلى تعرف خصيصتها الحقيقية»: في هذه النقطة يمضي العلاج بالطريق الخطأ عندما يهاجم الآفات الهضمية، بدلًا من متابعة المؤشرات العرضية التي تتطلب المقويات[1] (toniques). «فالمقر» ليس أكثر من اندراج مكاني للمرض، أما المظاهر المرضية الأخرى، فهي تعيّن جوهره. وهذا الأخير يبقى الشرط المسبق الكبير الذي يشكل الصلة بين الأسباب والأعراض، وبذلك فهو يدفع الآفة ضمن مجال الحادث العارض؛ إذ إن إصابة النسيج أو العضو تشير إلى نقطة ولوج المرض فحسب، حيث يظهر فيها مشروعه في الغزو: «ما بين تكبد الرئة والأسباب التي تحرض عليه، يحصل شيء ما لا نعرفه، وينطبق الأمر ذاته على الآفات كلّها التي نصادفها حين تشريح الأبدان، فهي بدلًا من أن تكون السبب الأول لكل الظواهر المشاهدة، تكون بذاتها نتيجة اضطراب خاص في فعل أعضائنا الداخلي، ولكن هذا الفعل النهائي يتملص من كل وسائطنا الاستقصائية»[2]. بمقدار ما يحدد التشريح المرضي مقرّ المرض بشكل أفضل، بمقدار ما يبدو أنه يمضي عميقًا في جوّانيةِ العمليةِ الممتنعة علينا.

هناك سلسلة أخرى من الأسئلة. هل لكل الأمراض آفاتها المقترنة بها؟ وهل إمكان أن نخصص لها مقرًا، يُعتبَر مبدأً عامًا في علم الأمراض، أم إنه يقتصر على زمرة خاصة جدًا من الظواهر المرضية؟ في هذه الحالة ألا يمكن البدء بدراسة الأمراض من طريق تصنيف من نمط الوصف المنزولي (اضطرابات عضوية - اضطرابات غير مرتبطة بالأعضاء) قبل الدخول في ميدان التشريح المرضي؟ كان بيشا قد ترك مكانًا للأمراض التي تخلو من الآفات - لكنه غالبًا ما كان يعاملها من طريق التغاضي:

(1) Marc-Antoine Petit et Étienne Renaud Augustin Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique, observée, reconnue et signalée publiquement à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans les années 1811, 1812 et 1813* (Paris: [s. n.], 1812), pp. 147-148.

(2) Auguste-François Chomel, *Éléments de pathologie générale* (Paris: [s. n.], 1817), p. 523.

«باستبعاد بعض أصناف الحمى والإصابات العصبية: تكاد أن تكون كلها من ميدان هذا العلم» (أي التشريح المرضي)(3). كما أن لاينِك قبِلَ منذ البداية تقسيم الأمراض «صنفيْن كبيرين: الأمراض التي ترافقها آفة صريحة في عضو واحد أو أكثر: وهي التي يشار إليها منذ أعوام عدة باسم الأمراض العضوية، والأمراض التي لا تترك في أي قسم من البدن تبدلًا ثابتًا يمكن أن ننسب إليه أصلَها: وهي تسمى بشكل شائع الأمراض العصبية»(4). في الفترة التي كتب فيها لاينِك هذا النص (1812)، لم يكن قد اتخذ بَعْد موقفًا من الحمّيات: كان لا يزال قريبًا من القائلين بالموضع (localisateurs) الذين سنفصل الحديث عنهم قريبًا. أما بايل فقد ميز، في الفترة ذاتها، العضوي، لا عن العصبي، بل عن الحيوي (vital)، ووضع مقابل الآفات العضوية، عيوبَ المواد الصلبة (التورمات (tuméfactions) مثلًا)، والاضطرابات الحيوية «مثل التبدلات في الخصائص الحيوية أو الوظائف» (ألم، حرارة، تسارع النبض)، ويمكن أن تتراكب هذه وتلك كما في السل(5). وهذا التصنيف هو الذي سيعتمده في ما بعد كروفييه، في شكل معقّد قليلًا : آفات عضوية، بسيطة وآلية (مثل الكسور)، وآفات عضوية بدئيًا وحيوية تاليًا (مثل النزوف)، وإصابات حيوية بدئيًا تليها آفات عضوية، إما عميقة (مثل الالتهابات المزمنة) وإما سطحية (مثل الخراجات الحادة)، وأخيرًا أمراض حيوية من دون آفات (مثل العُصابات والحمّيات)(6).

مهما قيل عن ميدان المنزوليات إنه بقي بكامله تحت سيطرة التشريح المرضي، وإن مرضًا حيويًا لم يكن بالإمكان إثبات صفته هذه إلا بالسلب، أي من طريق فشل البحث عن الآفات، فقد كان يتم، مع ذلك، العثورُ على شكل للتحليل التصنيفي من طريق هذا الانعطاف. فما يحدد طبيعة المرض هو نوعه،

---

(3) Xavier Bichat, *Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1801), p. xcviii.

(4) René Théophile Hyacinthe Laënnec, «Anatomie pathologique,» dans: *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1814), p. 47.

(5) Gaspard-Laurent Bayle, *Recherches sur la phthisie pulmonaire* (Paris: [s. n.], 1810), 2ème article «Anatomie pathologique,» p. 62.

(6) Jean Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique en général*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1816), pp. 21-24.

وليس مقره ولا سببه، وكانت حيثية العثور من عدمها، على بؤرة يمكن تحديد موضعها، تُفرَض من طريق أشكال هذا التحديد السابقة. لم تكن الآفةُ هي المرض، إنما المظهرُ الأول الذي تبدو من طريقه هذه الصفة العامة (générique) التي تضعه مقابل الإصابات التي ليس لها حامل. ومن باب المفارقة أن هاجس المشرّحين المرضيين أعاد القوة إلى الفكرة التصنيفية. وهنا يكتسب إنجاز بينل معناه ومكانته اللافتة. ذلك أن فكر بينل ذو بنية تصنيفية، فقد تأهّل في مونبلييه وباريس ضمن تقاليد سوفاج، وتحت تأثير أقرب عهدًا بـ كولِن، لكن كان من سوء حظه ومن حسنه في آن أن يظهر في حقبة كانت فيها ثيمة السريريات ثم المنهج التشريحي السريري، يجرّدان المنزوليات من مضمونها الحقيقي، لكن ليس من دون آثار، ولو أنها موقتة، وتتصف هذه الآثار بأنها ذات تعزيز متبادل: رأينا كيف كانت فكرة الصنف مقترنة بمشاهدة الأعراض مشاهدةً محايدة[7]، وكيف استتبع فكُّ لغز السريريات قراءةً للجواهر[8]، ونرى الآن كيف ينتظم التشريح المرضي بشكل تلقائي متوافقًا مع شكل معين من الوصف المنزولي. والحال أنّ أعمال بينل كلّها تستمد قوتها من كل تعزيز من هذه التعزيزات: فمنهجه لا يتطلب، إلا بشكل ثانوي، سريريات الآفات أو تشريحها، والمقصود بشكل أساس هو تنظيم، متوافق مع تماسك واقعي لكنه مجرد، في البنيات الموقتة التي من طريقها بحثت المعاينة السريرية أو الفهم التشريحي المرضي عن سندها أو توازنها اللحظي في المنزوليات الموجودة مسبقًا. لم يكن أيّ من أطباء المدرسة القديمة مهيئًا وأكثر تهيؤًا لأشكال التجربة الطبية الجديدة للتجربة الطبية خيرًا من بينل، فقد عمل عن قناعةٍ أستاذًا للسريريات، وعمل، من دون تحفظ، على تطبيق تشريح الجثث، لكنه لم يلاحظ سوى آثار التكرار، من دون أن يتبع، في ولادة البنيات الجديدة، إلا الخطوط العامة المستمَدة من القديمة[9]: وذلك على الرغم من أن

(7) يُنظر الفصل الأول ص 38 من هذا الكتاب.

(8) يُنظر الفصل السابع ص 170 من هذا الكتاب.

(9) يروي بروست أنه أظهر أمام «الأستاذين كورفيزار وبينل التهابات وتبدلات في الغشاء الباطن للأمعاء حيث كان شكلهما قليلًا لدرجة أنّ الجثث التي أظهرها لهما كانت قد مرّت عليهما دون أن يكونا قد فتحا الأمعاء». يُنظر: Pierre-Antoine Prost, *Traité de cholera-morbus, considéré sous les rapports physiologique, anatomico-pathologique, thérapeutique et hygiénique* ([s. l.: s. n.], 1832), p. 30.

المنزوليات كانت تتأكد باستمرار، وكانت التجربة الجديدة تحتويها بشكل مسبق. وربما كان بيشا الشخص الوحيد الذي فهم منذ البداية عدم توافق منهجه مع منهج أطباء الوصف المنزولي: «إننا نكتشف بقدر ما نستطيع تصرفات الطبيعة... علينا ألّا نعلق أهمية زائدة على هذا التصنيف أو ذاك»: ما من تصنيف منها أبدًا سيقدّم إلينا «صورة دقيقة عن سير الطبيعة»[10]. أما لاينِك، على العكس، فقد قبل بسهولة انضواء التجربة التشريحية السريرية في فضاء إعادة التوزيع المنزولي: إن تشريح الجثث والعثور على الآفات، يعني إظهار ما هو «أكثر ثباتًا وأكثر تأكيدًا، وأقل تنوعًا في الأمراض الموضعية»، وبالتالي فهو يعني عزل «ما ينبغي أن يحدد خصائصها أو نوعيتها»، ويعني في نهاية المطاف خدمة قضية المنزوليات بأن يمنحها إضافة إلى ذلك بعض المعايير[11]. ضمن هذه الذهنية، طَرحت في مسابقة عام 1809 جمعيةُ المنافسة (Société d'Émulation) التي تضمّ الجيل الجديد وتمثل بأمانة المدرسةَ الجديدة، السؤالَ الشهير: «ما هي الأمراض التي يجب اعتبارها أمراضًا عضوية؟»[12]. ما من شك في أن ما كان موضعَ التساؤل هو مفهومُ الحمّى الجوهرية وصفتُها اللاعضوية، وهو المفهوم الذي بقي بينل متعلقًا به، لكن بصدد هذه النقطة المحددة، كانت المشكلة المطروحة ما زالت مشكلة النوع والصنف. كان بينل مترددًا لأن الطب الذي يؤمن به لم يكن قد أعاد تقويم نفسه بشكل جذري.

هذا ما سيفعله بروسيه في عام 1816، في كتاب **تفحص المعتقد الذي يحظى بقبول عام** (*Examen de la Doctrine généralement admise*)، وفيه عبّر بشكل جذري عن الانتقادات التي كان قد صاغها حين طبع قبل ثمانية أعوام كتابه **تاريخ الالتهابات المزمنة**. كانت هناك حاجة، بطريقة غير متوقعة، إلى هذا الطب الفيزيولوجي الصريح، وإلى هذه النظرية السلسة جدًا وغير المحكمة للتداعيات [الودية]، وإلى الاستخدام العام لتصور التهيُّج، وبالتالي إلى العودة إلى نزعة

(10) Xavier Bichat, *Anatomie descriptive*, t. 1, p. 19.

(11) René Théophile Hyacinthe Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate et des maladies, des poumons et du cœur* (Paris: [s. n.], 1819), «Préface,» p. xx.

(12) في مذكرة كللت بجائزة، انتقد مارتان الاستخدام التبسيطي لتعبير المرض، الذي ينبغي الاحتفاظ به للإصابات الناجمة عن عيب في تغذية النسج. يُنظر: *Bulletin des sciences médicales*, t. 5 (Paris: [s. n.], 1810), pp. 167-188.

أحادية[13] (monism) مرضية معينة قريبة من أحادية براون (Brown)، كي يتخلص التشريح المرضي من وصاية أنصار الوصف المنزولي، وتتوقف إشكالية الجواهر المرضية عن تجاوز التحليل الإدراكي للآفات العضوية. بمرور الوقت، سيُنسى أن بنية التجربة التشريحية السريرية لم تتمكن من التوازن إلا بفضل بروسيه، وسيتم الاحتفاظ فحسب بذكرى الهجمات المسعورة ضد بينل، الذي، بالمقابل، ساند لاينِك جيدًا في سيطرته التي لا تمس، ولن نتذكر سوى الفيزيولوجي المتطرف وتعميماته المتسرعة. وحديثًا وجد المدعو موندور (Mondor) بلطف قلمه، فظاظة الشتائم الوقحة كي يوجهها إلى روح بروسيه[14]. لم يكن الأحمق قد قرأ النصوص، بل لم يكن يفهم الأشياء.

وها هي.

كانت الأمراض العصبية والحميّات الجوهرية تُعتبر في نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر باتفاق عام تقريبًا، أمراضًا من دون آفة عضوية. كما أن أمراض النفس والأعصاب حصلت، بفضل ما قام به بينل، على كيان خاص جدًا، مما أبقى تاريخَها، في الأقل حتى اكتشافات بايل بين عامي 1821 و1824، منفصلًا عن النقاشات حول طبيعة الأمراض العضوية. أما الحميات، فكانت على مدى خمس عشرة سنة في قلب المشكلة.

علينا أن نتعقّب في البداية بضعة خطوط عامة لتصوُّرِ الحمّى في القرن الثامن عشر. في البداية كان المقصود بهذه الكلمة ارتكاسًا غائيًا للعضوية تدافع به عن نفسها ضد هجمةٍ أو مادةٍ ممرضة، فالحرارةُ التي تظهر في سياق المرض، تمضي بالاتجاه المعاكس وتحاول أن تكبح جماحه، فهي علامة لا تدل على المرض، بل

---

(13) معتقد فلسفي يقول إن كل حقيقة يمكن أن تُردّ إلى مبدأ تفسيري واحد أو إلى جوهر واحد، وهي تقابل الثنائية (Dualism). (المترجم).

(14) Henri Mondor, *Vie de Dupuytren* (Paris: [s. n.], 1945), p. 176.

«طبيب منتشٍ في تكلفه... دجال مغرور وصاخب... بخدعه ووقاحته... حروبه اللفظية... أخطاؤه الفاضحة... الثقة الوهمية بالنفس».

على مقاومة المرض، ذلك لأنها «ميل في الحياة يبذل جهدًا لإبعاد الموت»[15]. إنها تمتلك، بالمعنى الدقيق للتعبير، قيمةً صحية: فهي تبدي أن الجسم البشري «يميل إلى التعامل مع الحمى المرضية بوصفها إنذارًا والعمل على إزالة أي مادة (مسألة) قد تكون مصدرًا لهذه الحمى»...

«morbiferam aliquam materiam sive praeoccuparc sive removere intendit»[16].

الحمى (fièvre) إذًا حركة إفراز، القصد منها أن تقوم بالتنقية، ويذكرنا ستال (Stahl) بأصلها الاشتقاقي: februare[17] تعني الطرد الطقوسي لأشباح الموتى من المنزل[18].

على هذا الأساس الغائي، يمكن بسهولة تحليل حركة الحمى وآليتها. فتتالي الأعراض يشير إلى أطوارها المختلفة: تدل الرجفة [النافض] (frisson) والشعور الأول بالبرد على تقبض وعائي محيطي ونقص في الدم ضمن الأوعية الشعرية القريبة من الجلد. ويشير تواتر النبض إلى أن القلب يرتكس بأن يرد أكثر ما يمكن من الدم باتجاه الأطراف: في الحقيقة تبدي الحرارة أن الدم يجول بسرعة أكبر، وبالتالي فإن الوظائف كلّها تتسارع أيضًا، وتتناقص القوى الحركية بشكل متناسب: ومن هنا الانطباع بالوهن والونى في العضلات. وأخيرًا يشير التعرق إلى نجاح هذا الارتكاس الحُمَّوي الذي يتوصل إلى طرد المادة الممرضة، لكن عندما تتوصل هذه المادة إلى تجديد نفسها مع الزمن، نكون أمام حميات متقطعة ومعاودة[19].

---

(15) Herman Boerhaave, *Aphorismes.*

(16) Stahl, cité dans: Thomas Dagoumer, *Précis historique de la fièvre* (Paris: [s. n.], 1831), p. 9.
الترجمة من اللاتينية تقريبية قام بها المراجع.

(17) ومنها شهر شباط/ فبراير فهو شهر التطهير الديني. (المراجع)

(18) مذكور في: Ibid.

(19) في ما خلا بعض التنويعات، نجد هذا المخطط في: Herman Boerhaave, *Aphorismes*, pp. 563, 570, 581; Hoffmann, *Fundamenta medica*; Mahon Maximilian Stoll, «Aphorisme sur la connaissance et la curation des fièvres,» dans: *Encyclopédie des sciences médicales*, 7ème division, t. 5; John Huxham, *Essai sur les différentes espèces de fièvres, avec plusieurs autres traités*, tr. fr. (Paris: [s. n.], 1752); François Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique: Dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes*, t. 2 (Lyon: [s. n.], 1772).

هذا التفسير البسيط، الذي يربط حتى البداهة الأعراضَ الظاهرة مع ترابطاتها العضوية، كان مثلث الأهمية في تاريخ الطب. فمن جهة، كان تحليل الحمى، بشكلها العام، يغطي تمامًا آلية الالتهابات الموضعية؛ ففي الحالتين يوجد تركيز الدم، وتَقلُّصٌ يحرض ركودًا مديدًا إلى حد ما، ثم جهدُ الجهاز من أجل إعادة الدوران إلى طبيعته. وبنتيجة ذلك، تحصل حركة الدم العنيفة؛ سنرى أن «الكريات الحمراء تأتي لتمر في الشرايين [الأوعية] البلغمية»، الأمر الذي يحرض، في الشكل الموضعي، احتقان الملتحمة مثلًا، وفي الشكل المعمم، الحرارةَ والاهتياج في الجسم البشري بكامله، وإذا تسارعت الحركة، فإن الأقسام الأرقّ من الدم ستنفصل عن الأقسام الأكثر ثقلًا، التي ستبقى في الأوعية الشعرية، حيث «ينقلب البلغم إلى نوع من الهلام»: ومن هنا التقيحات التي تتشكل في الجهاز التنفسي أو المعوي في حالة الالتهاب المعمم، أو الخراج في حالة الحمى الموضعية[20].

لكنّ هناك تشابهًا وظيفيًا بين الالتهاب والحمّى، من حيث إن جهاز الدوران هو العنصر الرئيس للعملية. المقصود هو انزياح مزدوج عن الوظائف الطبيعية: بطءٌ في البداية، يليه تفاقم، ظاهرةٌ مهيِّجة في البدء، وبعدها ظاهرة التهييج. «كلتا هاتين العمليتين يجب أن تُستنبَط من عملية تهييج القلب والشرايين المتزايدة والمثارة، وأخيرًا من فعل محرضٍ ما ومن المقاومة التي تقوم بها الحياة، وقد تهيجت، تجاه المحرِّض الضار»[21]. وهكذا فإن الحمّى، التي يمكن أن تكون آليتها الداخلية عامة وكذلك موضعية، تجد في الدم الحاملَ العضوي الذي يمكن عزله والذي يستطيع أن يجعلها موضعية أو معممة، أو أن يجعلها معممة بعد أن كانت موضعية. ودومًا من طريق هذا التهيج المنتشر للجهاز الدموي، يمكن أن تكون الحمّى العرضَ العام لمرض يبقى موضعيًا على امتداد تطوره: وبالتالي يمكن أن يكون جوهريًا أو متداعيًا [وديًا] من دون أن يتبدل أي شيء في طريقة عمله. وفي مخطط كهذا، ما كان يمكن أن تُطرَح مشكلةُ وجود الحميات الجوهرية التي ليس لها آفات محددة: فالحمى، مهما يكن شكلها أو نقطة انطلاقها أو سطح ظهورها، كانت تمتلك دومًا نمط الحامل العضوي ذاته.

(20) Huxham, p. 339.

(21) Stoll, p. 347.

أخيرًا، إن ظاهرة الحرارة أبعد من أن تكون جوهر الحركة الحُمّوية، فهي لا تشكل سوى ذروتها الأكثر سطحية والأسرع زوالًا، في حين أن حركة الدم، والتلوثات التي تحملها أو التي تتخلص منها، والاحتقانات والنضوح (exsudation) التي تنجم عنها، تشير إلى ما هي الحمّى في طبيعتها العميقة. لقد حذّر غريمو (Grimaud) من الأدوات الفيزيائية التي «لا تستطيع أن تُعرفنا إلا على درجة شدة الحرارة، وإن هذه الفروق هي الأقل أهمية في الممارسة،...إذ يجب على الطبيب أن ينكبَّ بنفسه، قبل كل شيء، على أن يميّز في الحرارة الحُمّوية صفاتٍ لا يمكن إدراكها إلا بلمس مدرَّب جيدًا، فهي تتفلت من كل الوسائط التي تقدّمها الفيزياء وتتوارى عنها. ومنها هذه الصفة اللاذعة والمهيجة للحرارة الحموية» التي تعطي الانطباع الذي يحدثه «الدخان في العين» وتشير إلى الحمى المتفسخة[22]. وتحت ظاهرة الحرارة المتجانسة، تمتلك الحمّى، إذًا، صفات خاصة، ونوعًا من الصلابة الجوهرية والمتمايزة، تسمح بتوزيعها تبعًا لأشكال خاصة. وبذلك نعبر بصورة طبيعية ومن دون مشكلات، من **الحمى إلى الحميّات**. إن انزلاق المعنى والمستوى التصوري الذي يُرى من دون عناء[23]، ما بين تعيين عرَض مشترك وتحديد أمراض نوعية، لا يمكن أن يلحظه طب القرن الثامن عشر، نظرًا إلى شكل التحليل الذي كان يفك بواسطته لغز آلية الحمى.

لهذا، فقد عرف القرن الثامن عشر، باسم تصورٍ شديد التجانس والتماسك لـ «الحمى»، عددًا كبيرًا من «الحميات»؛ إذ ميز ستول (Stoll) منها اثنتي عشرة حمّى، وأضاف إليها الحميات «الجديدة والمجهولة». وكان يحدد نوعها تارة من طريق آلية الدوران التي تفسرها (الحمى الالتهابية التي حللها فرانك والتي يشار إليها تقليديًا بالمستمرة (synoque))، وتارة أخرى بالعرض غير الحمّوي الأكثر أهمية مما يرافقها (الحمى الصفراوية لـ ستال، ولـ سِل، ولـ ستول)، وتارة تبعًا للأعضاء التي تصاب بالالتهاب (حمى مساريقية لـ باغليفي (Baglivi))، وطورًا تبعًا لنوع

---

(22) Jean Charles Marguerite Guillaume de Grimaud, *Traité des fièvres*, t. 1 (Montpellier: [s. n.], 1791), p. 89.

(23) يقدّم بويو تحليلًا دقيقًا لذلك في: Jean Bouillaud, *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles* (Paris: [s. n.], 1826), p. 8.

المفرزات الناجمة عنها (الحمى المتفسخة لـ هالِر، لـ تيسو، لـ ستول)، وأخيرًا تبعًا لتنوعها الشكلي الذي تتخذه ولسيرها (حمى خبيثة أو حمى رنحية لـ سِل).

لم تصبح هذه الشبكة، المشوشة أمام أعيننا، ملتبسة إلا في اليوم الذي تكفلت به المعاينة الطبية [بدور] الحامل الإبيستمولوجي.

حصل أول لقاء بين التشريح وتحليل أعراض الحميات قبل بيشا بكثير، وقبل مشاهدات بروست (Prost) الأولى. كان لقاءً سلبيًا تمامًا لأن المنهج التشريحي تخلّى عن حقوقه، وامتنع عن تعيين مقر بعض الأمراض الحموية. ففي الرسالة التاسعة والأربعين من كتاب مورغانيي *Traité*، قال إنه لم يجد بعد تشريح المرضى الذين ماتوا بسبب حميات شديدة «أنه يكاد لا يوجد شيء يساعد على الرد على خطورة نوبة الحمى إلى حد أن ذلك يتسبب غالبًا بإخفاء سبب الموت الحقيقي» (vix quidquam... quod earum gravitati aut impetui responderet; usque adeo id saepe latet per quod faber interficiunt)[24].

أصبح بالإمكان، ومن الضروري، تحليل الحميات تبعًا لأعراضها فحسب ومن دون بذل جهد لتحديد الموضع: وبالتالي كي نعطي بنيةً لأشكال الحمّى المختلفة، كان لا بد من أن يحل حيِّزُ التوزيع، حيث لا توجد سوى العلامات مع ما تدل عليه، محلَ الجرم العضوي.

إن إعادة الترتيب التي قام بها بينل لم تكن فحسب ضمن خط منهجه في الكشف المنزولي، بل كانت محتواةً بالضبط ضمن التوزيع الذي حدده الشكل الأول من التشريح المرضي: فالحميات عديمة الآفة تكون جوهرية، والحميات ذات الموضع تكون ودية [بالتداعي]. هذه الأشكال الغامضة (idiopathiques)، التي تتصف بمظاهرها الخارجية، تُظهر «الخصائص المشتركة مثل انقطاع الشهية والهضم، وتأذّي الدوران، وتوقف بعض المفرزات، ومنع النوم، وإثارة أو تخفيف فاعلية السمع، وإصابة بعض وظائف الحواس أو تعطيلها، وإعاقة الحركة العضلية

---

(24) G. B. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, Epist. 49, article 5.

في كل حمى على طريقتها»[25]. لكن تنوعَ الأعراض يسمح أيضًا بقراءة الأنواع المختلفة: هناك شكل التهابي أو موتّر للأوعية (angiotonique) «موسوم في الخارج بعلامات التهيج، أو توتر الأوعية الدموية» (أكثر تواترًا في مرحلة البلوغ وفي بداية الحمل وبعد الإفراط الكحولي)، وشكل «سحائي - معدي» مع أعراض عصبية وأعراض أكثر بدائية يبدو أنها «تتوافق مع منطقة الشرسوف»، وتأتي عمومًا بعد اضطرابات المعدة، وشكل غدي سحائي «تشير أعراضُه إلى تهيج الأعضاء المخاطية للسبيل المعوي» الذي نصادفه خصوصًا لدى الأفراد ذوي المزاج البلغمي، ولدى النساء والعجائز، وهناك الشكل الموهن «يظهر خصوصًا في الخارج بعلامات ضعف [ضعافة] (débilité) بالغ ووني عام في العضلات»، وهو ينجم على الأرجح عن الرطوبة والقذارة وعن التردد على المستشفيات والسجون والمسارح، وعن الأغذية الفاسدة وعن الإفراط في الملذات الزهرية [الجنسية]، وأخيرًا الحمى الرَّنحية أو الخبيثة التي تتصف بـ «تعاقب التهيج والخمود مع شذوذات عصبية شديدة الغرابة»؛ ونجد في هذا الشكل معظم السوابق الموجودة في الحمى الموهنة نفسها[26].

تكمن المفارقة في مبدأ هذا التحديد للمواصفات بالذات. ذلك أن الحمى، بشكلها العام، تتصف بآثارها فحسب؛ إذ فُصلت عن كل ركيزة عضوية، حتى أن بينل لا يذكر الحرارة كعلامة أساسية أو كعرض أعظمي في صنف الحميات، لكن عندما يتعلق الأمر بتقسيم هذا الجوهر، فإن وظيفة التوزيع تتأمن من طريق مبدأ لا يأتي من تشكل الأنواع المنطقي، إنما من صفة البدن المكانية والعضوية: لذلك فإن الأوعية الدموية والمعدة والمخاطية الهضمية والجهاز العضلي أو العصبي، سيفيد، كلّ بدوره، كنقطة تماسك في التنوع عديم الشكل للأعراض. وإذا تمكنت أن تنتظم حيث تشكل أنواعًا، فهذا ليس لأنها **تعبيرات جوهرية**، إنما لأنها **علامات موضعية**. ولا يكون لمبدأ الجوهرية في الحميات من محتوى ملموس ومخصوص إلا إمكان أن يحدد موضع هذه العلامات. ومن **منزوليات** سوفاج وحتى **الوصف**

(25) Philippe Pinel, *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, t. 1, 5ème éd. (Paris: Maradan, an VI [s. d.]; 1813), p. 320.

(26) Ibid., pp. 9-10, 323-324.

المنزولي لبينل، حصل انقلاب في الشكل: ففي الأول كانت المظاهر الموضعية تحمل دومًا صفة عمومية ممكنة، وفي الثاني، تغلف البنية العامة ضرورة تحديد الموضع.

ضمن هذه الأحوال، نفهم أن يكون بينل قد اعتقد بإمكان أن يدمج في تحليله أعراض الحميات، اكتشافاتِ رودرر وفاغلر: فقد بيّنا في عام 1783 أن الحمى المخاطية كانت تترافق دومًا مع آثار التهاب باطني وخارجي في القناة الغذائية[27]. ونفهم أيضًا أنه كان قد قبِل بنتائج تشريح الجثث التي حصل عليها بروست، والتي كانت تبدي آفات معوية واضحة، كما أننا نفهم أيضًا لماذا لم يرها بنفسه[28]؛ كان يرى أن موضع الآفة يتخذ مكانه بنفسه، لكن على سبيل الظاهرة الثانوية، داخل أعراض لا تحيل العلاماتُ الموضعية فيها على مقر الأمراض، بل على جوهرها. وأخيرًا، نفهم لماذا تمكن أنصار بينل أن يروا فيه أول نصير لتحديد الموضع: فهو «لم يقتصر على تصنيفه الأشياء: لأنه بإضفائه الصفة المادية، بمعنى ما، على العلم الذي كان حتى ذلك الحين مفرطًا في ميتافيزيقيته، اجتهد في تحديد موضع كل مرض، إذا صح القول، أو أن يخصص له مقرًا محددًا، أي أن يحدد مكانَ وجوده البدئي. تبدو هذه الفكرة بداهةً في التسميات الجديدة المفروضة على الحميات التي ثابر على تسميتها بالجوهرية كما لو كان ذلك من أجل توجيه تحية تقدير إلى الأفكار التي كانت مهيمنة حتى ذلك الحين، لكن وهو يحدد لكلٍّ منها مقرًا خاصًا؛ فعلى سبيل المثال، جعل ما يعتبره الآخرون الحميات الصفراوية والبلغمية (pituiteuse)، تتألف من التهيج الخاص لبعض الأقسام من الأنبوب المعوي»[29].

في الحقيقة، إن ما كان يحدد بينل موضعَه لم يكن الأمراض، بل العلامات؛ إذ إن القيمة الموضعية التي كانت تتقلدها، لم تكن تشير إلى أصلها الناحيوي (الجهوي)، أي إلى مكان بدئي كان المرض قد استمد منه مولده وشكله، بل كانت

---

(27) Johann Georg Roederer et Carl Gottlieb Wagler, *Tractatus de morbo mucoso. Denuo recusus annexaque praefatione de trichuridibus, novo vermium genere editus ab Henrico-Augusto Wrisberg professore medico et anatomitico gttingensi, cum tabulis aeneis* (Göttingen: [s. n.], 1783).

(28) يُراجع الهامش رقم 16 في هذا الفصل.

(29) M. le Chevalier Richerand, *Histoire de la chirurgie* (Paris: [s. n.], 1825), p. 250.

تسمح فحسب بالتعرف إلى المرض الذي كان يتخذ لنفسه هذه العلامةَ عرضًا وصفيًا لجوهره. في هذه الظروف لم تكن السلسلة السببية والزمنية تمضي من الآفة إلى المرض، بل من المرض إلى الآفة، كما إلى عاقبتها وربما إلى تعبيرها الأفضل. سيبقى شومل (Chomel) في عام 1820 مخلصًا أيضًا لكتاب **الوصف المنزولي** عندما سيحلل التقرحات المعوية التي تَصوَّر بروسيه «أنها نتيجة وليست سببًا للإصابة الحموية»: ألم تكن تحصل متأخرة نسبيًا (في اليوم العاشر للمرض فحسب، عندما يعلن تطبل البطن (météorisme) والحساسية البطنية اليمنى والإفرازات الصديدية المدماة [الغُذَيذِيّة] (sanieuse) عن وجودها؟ ألم تكن تظهر في ذلك الجزء من القناة المعوية حيث العناصر التي تهيجت مسبقًا بالمرض تستمر لفترة طويلة (نهاية اللفائفي (ileum) والأعور (caecum) والقولون الصاعد) وفي الشدف المائلة من الأمعاء، بشكل متواتر أكثر مما في الأقسام العمودية والصاعدة؟[30]. وبهذا الشكل يستقر المرض في الجسم البشري، وهناك ترسو العلامات الموضعية، وتتوزع بذاتها في الحيز الثانوي من البدن، لكن بنيتها الرئيسة تظل شرطًا مسبقًا. الحيز العضوي مزود بمصادر لهذه البنية، إنه يدل عليها ولا يفرض ترتيبها.

مضى كتاب **التفحص** (*Examen*) الصادر في عام 1816 حتى أساس مذهب بينل، بوضوح نظري مذهل، من أجل القطع مع مسلماته. لكن منذ كتاب **تاريخ الالتهابات** كان قد طُرح، تحت شكل معضلة، ما اعتُقِد أنه حتى ذلك الحين ملائم بالكامل: إما أن الحمى غامضة وإما أن بالإمكان تحديد موضعها، وكل تحديد ناجح للموضع سيؤدي إلى انحراف الحمى عن مكانتها الجوهرية.

ما من شك في أن عدم التوافق هذا، الذي كان يندرج منطقيًا داخل التجربة التشريحية السريرية كان قد صيغ من دون ضجة، أو في الأقل بتشكيك من بروست لما أظهر أن الحميات مختلف بعضها عن بعض تبعًا لـ «العضو الذي يصاب بها»، أو تبعًا لـ «نمط التأذي» في الأنسجة[31]، أو من جهة رِيكامييه أيضًا وتلامذته حين

---

(30) Auguste-François Chomel, *De l'existence des fièvres essentielles* (Paris: [s. n.], 1820), pp. 10-12.

(31) Pierre-Antoine Prost, *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*, t. 1 (Paris: Demonville, an XII [1804]), pp. xxii, xxiii.

درسوا هذه الأمراض المتروكة للقدر: التهابات السحايا التي تشير إلى أن «الحميات التي من هذه المرتبة، نادرًا ما تكون جوهرية، أو أنها ربما تعتمد دومًا على إصابة في الدماغ من نمط التهاب، أو تجمع مصلي»[32]. لكن الذي سمح لبروسيه أن يحوّل مقارباته الأولى شكلًا خاضعًا لنظام في تفسير الحميات كلّها، هو بالتأكيد تنوعُ حقولِ التجربة الطبية التي كان قد اجتازها، وفي الوقت نفسه تماسكُها.

بعد تأهيله ضمن طب القرن الثامن عشر قبيل الثورة، وبعد أن عَرف، بصفته ضابط صحة في البحرية، المشكلات الخاصة بطب المستشفيات وبممارسة الجراحة، وبعد ذلك تلميذًا لبينل ولأطباء سريريين من مدرسة الصحة الجديدة، وبعد متابعته دروس بيشا وسريريات كورفيزار الذي أدخله إلى التشريح المرضي، عاود المهنة العسكرية والتحق بالجيش من أوترخت (Utrecht) إلى مايانس (Mayence) ومن بوهيميا (Bohème) إلى دالماسيا (Dalmatie)، ممارسًا، مثل معلمه دِجِنِت، الوصف المنزولي الطبي المقارن، ومطبقًا على صعيد واسع منهجَ تشريح الجثة. كانت جميع أشكال الخبرة الطبية التي تتقاطع في نهاية القرن الثامن عشر مألوفة لديه، وليس من المستغرب أنه استطاع أن يستخلص من مجموعها ومن خطوط تقاطعاتها، الدرسَ الجذري وهو أن يقدم إلى كل شكل منها معنى وخلاصة. كان بروسيه نقطةَ التقاء هذه التجارب كافة، والشكلَ المتكيف بشكل فردي مع أشكالها كلها. عدا أنه كان يعرف ذلك، وكان يحاور في داخليّته «هذا الطبيب الملاحِظ الذي لا يزدري تجربة الأطباء الآخرين، بل يريد أن يصادق عليها بتجربته... إن مدارسنا الطبية التي عرفت أن تتخلص من نير المنظومات القديمة وتحفظ نفسها من عدوى الجديد، قد أهّلت منذ أعوام عدة أفرادًا قادرين على توطيد المسيرة المتهاوية مرة أخرى لفن العلاج. إنهم، وبعد توزعهم وسط مواطنيهم أو انتشارهم بعيدًا في جيوشنا، يلاحظون ويتأملون... وذات يوم، سيُسمعون دون شك صوتهم»[33]. وبعد عودته من دالماسيا في عام 1808، طبع بروسيه كتابه **تاريخ الالتهابات المزمنة**.

---

(32) P. A. Dan-delavauteric, *Dissertation sur l'apoplexie considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale* (Paris: [s. n.], 1807).

(33) François-Joseph-Victor Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, t. 2 (Paris: [s. n.], 1808), pp. 3-4.

بهذه العودة المفاجئة إلى الفكرة ما قبل السريرية، تعود الحمى والالتهاب إلى عملية واحدة. لكن في حين كان هذا التطابق في القرن الثامن عشر يجعل التمييز بين المعمَّم والموضعي ثانويًا، فإنه عند بروسيه النتيجةُ الطبيعية للمبدأ النسيجي عند بيشا، أي لوجوب إيجاد سطح الهجوم على الجسم البشري. وسوف يكون لكل نسيج نمطه الخاص بالتبدل الذي يصيبه؛ وبالتالي، يجب البدء بدراسة ما يسمى الحمّيات من طريق تحليل الأشكال الخاصة للالتهاب في مستوى قطاعات الجسم البشري. وسوف تكون هناك الالتهابات في الأنسجة المليئة بالأوعية الدموية الشعرية (كما في الأم الحنون أو فصوص الرئة)، التي تحرّض هجمات حرورية شديدة وتأذيًا في الوظائف العصبية واضطرابًا في الإفراز، وبطبيعة الحال، اضطرابات عضلية (فرط حركة وتقلصات)، وكذلك في الأنسجة قليلة التزود بالأوعية الشعرية الحمراء (الأغشية الرقيقة) التي تبدي اضطرابات مشابهة لكن مخففة، وأخيرًا التهاب الأوعية البلغمية يحرض اضطرابات في التغذية وفي الإفرازات المصلية[34].

على أساس هذا التحديد الإجمالي بالكامل الذي يقترب أسلوبه من تحليلات بيشا، تم تبسيط عالم الحميات بشكل كبير. لم نعد نجد في الرئة سوى الالتهابات التي تتوافق مع النمط الأول من الالتهاب (نزلة، التهاب الجنب والرئة)، وتلك التي تتأتى من النمط الثاني (ذات الجنب)، وأخيرًا تلك التي يكمن أصلها في التهاب الأوعية البلغمية (السل الدرني). وبخصوص الجهاز الهضمي، فإن الأغشية المخاطية يمكن أن تصاب إما على مستوى المعدة (التهاب المعدة)، وإما الأمعاء (التهاب الأمعاء، التهاب البريطوان). وهي تتبع تطورًا يسير نحو التلاقي تبعًا لمنطق الانتشار النسيجي: عندما يستمر الالتهاب الدموي، فإنه يصل دومًا إلى الأوعية البلغمية، وهذا هو السبب في أن التهابات الجهاز التنفسي «تتوصل جميعها إلى السل الرئوي»[35]، أما الالتهابات المعوية فإنها تميل بشكل منتظم إلى التقرحات في البريطوان. إن الالتهابات، المتجانسة من ناحية أصلها والمتقاربة في شكلها النهائي، لا تتكاثر بأعراض متعددة إلا بفاصل في ما بينها.

---

(34) Ibid., t. 1, pp. 55-56.

(35) Ibid., t. 1, «Préface,» p. xiv.

إنها تبلغ بطريق التداعي [الودي] مناطقَ وأنسجة جديدة: تارة من طريق تقدم على امتداد الترحيل في الحياة العضوية (وهكذا يستطيع التهاب الغشاء المعوي أن يؤذي الإفرازات الصفراوية والبولية، ويؤدي إلى ظهور بقع على الجلد أو كتان [طلاء] اللسان (saburre) داخل الفم)، وتارة أخرى يهاجم، على التوالي، الوظائف المرتبطة (صداع، ألم عضلي، دوار، خدر، هذيان). وهكذا، فإن التنويعات كلّها في الأعراض يمكن أن تولَد بدءًا من هذا التعميم.

هنا، يكمن الانقلاب التصوري الذي سمح به منهج بيشا لكن لم يكن قد اتضح بعد: إن المرض الموضعي الذي تعمم، هو الذي يُنتج الأعراضَ الخاصة لكل نوع، لكن إذا أُخذت الحمى بشكلها الجغرافي الأول، فإنها ليست أكثر من ظاهرة متميزة موضعيًا ذات بنية مرَضية عامة. فلنقل بشكل آخر، إن العرَض الخاص (عصبي أو كبدي) ليس علامة موضعية، بل على العكس، إنه مؤشر على التعميم، فوحده العرض العام للالتهاب يحمل معه لزوم وجود نقطة هجوم صريحة التوضع. بقي بيشا مشغولًا بهاجس تأسيس الأمراض العامة على قاعدة عضوية: من هنا بحثه عن عموميات عضوية. لقد فصل بروسيه الزوجين (عرَض خاص - آفة موضعية، وعرَض عام - تأذي المجموع) وجمع عناصرهما مع تأذي المجموع في العرَض الخاص، في حين جمع الآفة الجغرافية بالعرَض العام. ومنذئذ أصبح الحيّز العضوي للتوضع مستقلًا بشكل حقيقي عن حيز الهيئة المنزولية: فهذا الأخير ينزلق على الأول، ويزيح قيمَه بالنسبة إليه، ولا يعيدها إليه إلا على حساب إسقاط مقلوب.

لكن ما هو الالتهاب، تلك العملية ذات البنية العامة، إنما ذات نقطة الهجوم الموضعية على الدوام؟ إن تحليل علم الأعراض القديم يحدد صفاته بالتورم والاحمرار والحرارة والألم، الأمر الذي لا يتوافق مع الأشكال التي يأخذها في الأنسجة، فالتهاب غشاءٍ ما لا يبدي ألمًا ولا حرارة وبالتالي فلا يوجد احمرار. الالتهاب ليس كوكبة من العلامات بل هو عملية تتطور داخل نسيج ما: «ينبغي أن يعتبر التهابًا، كل اهتياج موضعي للحركات العضوية تكفي ضخامته لإحداث اضطرابٍ في تناسق الوظائف وخللٍ في النسيج الذي يستقر فيه»[36]. الأمر يتعلق

(36) Ibid., t. 1, p. 6.

إذًا بظاهرة تشتمل على طبقتين مرضيتين تتفاوتان في المستوى والتعاقب الزمني: في البداية تحصل هجمة وظيفية، تليها هجمة على التركيب النسيجي. أي إن الالتهاب يمتلك حقيقة فيزيولوجية يمكن أن تستبق الخلل التشريحي الذي يجعله محسوسًا للأعين. ومن هنا أهمية طبٍّ فيزيولوجي «يلاحظ الحياةَ، ليس الحياة المجردة، بل حياةَ الأعضاء، الحياة في الأعضاء من خلال صلتها بجميع العوامل التي يمكن أن تمارس عليها تأثيرًا معينًا»[37]. التشريح المرضي بصفته فحصًا بسيطًا للأبدان الفاقدة للحياة، هو بذاته حدُّه الخاص ما دام «دور جميع الأعضاء وتداعياتها [الودية] بعيدة من أن تكون معروفة بشكل كامل»[38].

في سبيل تقصي هذا الاضطراب الوظيفي الأول والأساس، ينبغي للمعاينة أن تُحسِن الانفصال عن بؤرة الآفة، لأنها ليست مُعطَاة منذ البداية، على الرغم من أن المرض في تجذره الأصلي، يمكن موضعته دومًا، وينبغي لها أن تحدد بدقة موضعَ هذا الجذر العضوي قَبلَ الآفة، بفضل الاضطرابات الوظيفية وأعراضها. وهنا يجد علم الأعراض دوره، لكنه دور مؤسَّس بالكامل على الصفة الموضعية للهجمة المرضية: من خلال صعود طريق التداعيات [الودية] والتأثيرات العضوية، ينبغي لعلم الأعراض، تحت شبكة الأعراض الممتدة إلى ما لانهاية، أن «يستقرئ» و«يستنتج» (يستخدم بروسيه الكلمتين بمعنى واحد) النقطة البدئية للاضطراب الفيزيولوجي. «إن دراسة الأعضاء المتأذية من دون الإتيان على ذكر أعراض الأمراض، هي كما لو أنك تعتبر المعدة مستقلة عن الهضم»[39]. وهكذا بدلًا من الإشادة «بميزات الوصف»، مثلما يفعلون «من دون حسبان في الكتابات اليومية»، وهم يحطّون من قيمة «الاستقراء تحت اسم نظريةٍ افتراضية، أو منظومة قَبْلية ذات حدس عبثي [فارغ]»[40]، فإن مشاهدةَ الأعراض ستُدفَع إلى التكلم بلغة التشريح المرضي ذاتها.

---

(37) François-Joseph-Victor Broussais, *Sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercé sur l'état de la médecine* (Paris: [s. n.], 1832), pp. 19-20.

(38) François-Joseph-Victor Broussais, *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie: Precédé de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique*, t. 2, 2ème éd. (Paris: [s. n.], 1821; 1816), p. 647.

(39) Ibid., p. 671.

(40) François-Joseph-Victor Broussais, *Mémoire sur la philosophie de la médecine, lu à l'académie des sciences, le 8 octobre 1832, par F.-J.-V. Broussais* (Paris: [s. n.], 1832), pp. 14-15.

إنه تنظيم جديد للمعاينة الطبية ذو صلة مع بيشا: فقد كان مبدأ إمكان الرؤية منذ كتاب **الأغشية**، قاعدةً مطلقة، ولم يكن تحديدُ الموضع سوى نتيجته. ومع بروسيه ينقلب الترتيب؛ إذ بسبب أن المرَض موضعيٌّ بطبيعته، يكون على نحو ثانوي مرئيًا. كان بروسيه في كتابه **تاريخ الالتهابات** (وبهذا تحديدًا يذهب أبعد من بيشا الذي كان يرى أن الأمراض الحيوية لا تترك أثرًا بالضرورة) يقبل أن كل «إصابة مرضية» تنطوي على «تبدّل خاص في الظاهرة التي ترمم أبداننا تبعًا لقوانين المادة غير العضوية». وبالنتيجة «إذا ما ظهرت الجثث صامتةً أحيانًا، فهذا لأننا نجهل فن استجوابها»[41]. لكن عندما تكون الهجمةُ فيزيولوجيةً تحديدًا، فإن هذه التبدلات تكاد تكون محسوسة، أو يمكنها، على غرار البقع الموجودة على الجلد في الحميات المعوية، أن تختفي مع الموت، وفي جميع الأحوال يمكن أن تكون، في اتساعها وأهميتها المحسوسة، غير متناسبة أبدًا مع الاضطراب الذي تسببه: المهم في الحقيقة، ليس ما **يُرى** من هذه التبدلات، بل الذي يتحدد فيها من طريق **المكان** الذي تظهر فيه وتتطور. ومن خلال تهديم الحاجز المنزولي الذي حافظ عليه بيشا بين الاضطراب الحيوي أو الوظيفي والتبدل العضوي، قدَّم بروسيه، بفضل ضرورةٍ بنيوية صريحة، مسلّمةَ (axiome) الموضع على مبدأ قابلية الرؤية (المنظورية). فالمرضُ يوجد **في الحيز** قبل أن يكون **من أجل النظر**. وإن اختفاء صفَّي المنزوليات القبْليين (a priori) الكبيرين الأخيرين قد فتح أمام الطب حقلًا للاستقصاء حيّزيًا بالكامل، ومحددًا من طرف إلى طرف من طريق هذه القيم الموضعية. من الغريب تبيُّن أن هذا التوضع المكاني المطلق للتجربة الطبية، لا يعزى إلى الاندماج النهائي للتشريح الطبيعي والمرضي، إنما إلى الجهد الأول في سبيل تحديد **فيزيولوجيا** الظاهرة المرضية.

لكن يجب المضيُّ أبعد من ذلك ضمن العناصر المكونة لهذا الطب الجديد، وطرحُ مسألة أصل الالتهاب. فلكَون الالتهاب استثارة موضعية للحركات العضوية، فإن ذلك يقتضي وجود «قابلية للتحرك» ضمن الأنسجة وأن يوجد على تماس مع هذه الأنسجة عاملٌ يحثّ الآليات ويفاقمها. وهذا العامل هو قابلية التهييج، إنها «قُدرةٌ في الأنسجة تدفعها للتحرك إثر ملامسة جسم أجنبي... كان هالِر يعزو هذه

(41) Broussais, *Histoire*, t. 1, «Préface,» p. V.

الخاصية إلى العضلات فحسب، لكنّ هناك قبولًا الآن على أنها خاصية تشترك فيها الأنسجة كلّها»[42]. وقد وجب علينا ألّا نخلط بينها وبين الاستجابة التي تُعتبر «شعورًا بالحركات المثارَة من طريق الأجسام الغريبة»، ولا تشكل سوى ظاهرة مضافة أو ثانوية مقارنةً مع التهييج: فالجنين لم يصبح مستجيبًا، والمصاب بالسكتة لم يعد كذلك، لكنهما قابلان للتهييج. إن زيادة الفعل التهييجي تتحرض «من طريق أجسام أو أشياء حية أو غير حية»[43]، وتكون هذه الأجسام على احتكاك مع الأنسجة، وهي عوامل داخلية أو خارجية، لكنها في جميع الأحوال غريبة عن سير عمل العضو. إن مُصالة [مُصولة] (sérosité) نسيج ما يمكن أن تصبح مهيِّجة لنسيج آخر أو لنفسه إذا كانت غزيرة، وكذلك الحال في تبدل الطقس أو في الحمية الغذائية؛ إذ لا يكون الجسم البشري مريضًا إلا من خلال علاقته باستثارة العالم الخارجي، أو تبدلات في وظيفته أو في تشريحه. «ها هو الطب يتبع أخيرًا، بعد كثير من التردد في مسيرته، السبيلَ الوحيد الذي يستطيع أن يقوده نحو الحقيقة: مشاهدة الصلات بين الإنسان والتبدلات الخارجية، وبين أعضاء البشر»[44].

من خلال هذا التصوّر للفاعل الخارجي أو للتبدل الداخلي، يتجنّب بروسيه إحدى الثيمات التي هيمنت، ما خلا بعض الاستثناءات، على الطب منذ سيدنهام: وهي استحالة تحديد السبب في الأمراض. لقد كانت منزوليات سوفاج وبينل، من وجهة النظر هذه، شبيهة بوجه محصور داخل إنكار هذا التخصيص السببي: فكان المرض، بحسبهما، يتضاعف ويتأسس في تأكيده الجوهري، ولم تكن السلاسل السببية سوى عناصر داخل هذا المخطط، وفيه كانت طبيعةُ المرضي بمثابة سبب المرض الفعّال. واستدعى التوضّع مع بروسيه - غير المكتسب بعدُ من قبل بيشا - مخططًا سببيًا يغلفه. وعليه، فإنّ مقرّ المرض لم يعد سوى نقطة رسوّ للسبب المهيِّج، نقطة محددة من طريق تهييج النسيج وقوة تهييج العامل في آن. إنّ حيز المرض الموضعي هو، من فوره وفي الآن نفسه، حيز سببي.

---

(42) François-Joseph-Victor Broussais, *De l'irritation et de la folie: Ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique*, t. 1 (Paris: [s. n.], 1839), p. 3.

(43) Ibid., p. 1, n. 1.

(44) مقدمة الطبعة التي صدرت في عام 1828: Ibid., t. 1, p. lxv.

عندئذ لن يعود للمرض كينونة - وذلك هو اكتشاف بروسيه العظيم في عام 1816 - ولم تعد الظاهرةُ المرضية بصفتها ارتكاسًا عضويًا تجاه عامل تهييجي، تنتمي إلى عالم يكون فيه المرض، ببنيته الخاصة، متوافقًا مع نمط مهيمن كان سابقًا له، ويتجمع فيه بمجرد ما تُستبعد التنويعات الفردية وجميع الحوادث العارضة عديمة الجوهر. لقد احتُجِز (المرض) ضمن شبكة عضوية حيث تكون البنيات حيّزيةً، والمحدِّداتُ سببيةً، والظواهرُ تشريحيةً وفيزيولوجية. لم يعد المرض سوى حركة معينة معقدة للأنسجة في ارتكاسها تجاه سبب مهيِّج: وهنا يكمن بالكامل جوهر ما هو مرضي، لأنه لم يعد هناك أمراض جوهرية ولا جواهر للأمراض. «كل التصنيفات التي تدفعنا إلى اعتبار الأمراض كينوناتٍ خاصة، تُعتبر معيبة، وإن الذهن الحكيم يتّجه دومًا، وعلى الرغم منه، نحو البحث عن الأعضاء المعتلّة»[45]. وهكذا، فإن الحمى لا يمكن أن تكون جوهرية: إنها ليست «شيئًا آخر سوى تسارع جريان الدم... مع زيادة في إنتاج الحرارة وعطب في الوظائف الأساس. إن حالة مجمل الأعضاء هذه تعتمد دومًا على تهيج موضعي»[46]. تتلاشى الحميات كلها ضمن عملية عضوية طويلة تُستشف بكاملها تقريبًا في نص يعود إلى عام 1808[47]، الذي تأكَّدَ في عام 1816، ووُضع مخططه مجددًا بعد ثماني سنوات في **تعاليم الطب الفيزيولوجي** (*Catéchisme de la Médecine physiologique*). في أصل جميع الحميات يكمن تهيج معدي معوي واحد فقط: احمرار بسيط في البداية، ثم بقع خمرية اللون تتزايد بالتدريج في المنطقة اللفائفية الأعورية، تأخذ هذه البقع في الأغلب شكلَ قطاعاتٍ منتفخة تؤدي مع الزمن إلى تقرحات. وعلى هذه الشبكة التشريحية المرضية الثابتة، التي تحدد أصلَ التهاب المعدة والأمعاء وشكلَه، تتفرع العمليات، وعندما يبلغ تهيج القناة الهضمية في الامتداد أكثر مما يبلغه في العمق، فإنه يحرض إفرازًا صفراويًا مهمًا، وألمًا في العضلات المحركة: وهذا ما دعاه بينل الحمى الصفراوية، وعند شخص بلغمي، أو عندما تمتلئ الأمعاء بالمخاط، فإن التهاب المعدة والأمعاء يأخذ الشكل

---

(45) Broussais, *Examen des doctrines*, 1816, «Préface».

(46) Ibid., p. 399.

(47) حتى عام 1808 كان بروسيه يضع جانبًا التيفوس الخبيث «الحميات الموهنة» (Ataxiques) التي لم يعثر بعد تشريح الجثة على التهاب حشوي فيها. يُنظر: Ibid., t. 2, 1821, pp. 666-668.

الذي استحق عليه اسم الحمى المخاطية، أما ما دعي حمى موهنة «فهي ليست سوى التهاب المعدة والأمعاء وقد وصل إلى درجة من الشدة حيث إن القوى تضعف، والملكات الذهنية تكلّ،... واللسان يَسمرّ، والفم يُغطى بطلاء مسود»، وعندما يصل التهيج إلى الأغلفة الدماغية من طريق التداعيات [الودية]، نكون أمام الأشكال «الخبيثة» من الحميات[48]. إذًا، من طريق هذه التفرعات وغيرها ينتشر التهاب المعدة والأمعاء شيئًا فشيئًا إلى كامل الجسم البشري. «من المؤكد أن جريان الدم يتسارع في الأنسجة كافة، لكن ذلك لا يُثبت أن سبب هذه الظواهر يكمن في نقاط البدن كلّها»[49]. يجب إذًا أن نجرِّد الحمى من كيانها كحالة عامة، وأن «ننزع عنها صفتها الجوهرية» لمصلحة عمليات فيزيولوجية - مرضية تحدد نوعية مظاهرها[50].

إن تلاشي أنطولوجيا الحمى هذا، على الرغم من الأخطاء التي رافقته (في حقبة كان الاختلاف بين التهاب السحايا والتيفوس (typhus) قد بدأ يُفهم بوضوح)، هو العنصر الأكثر شهرةً من التحليل. وفي الحقيقة، إنه في بنية تحليله العامة، لا يعدو كونه الجانب السلبي المقابل لعنصر إيجابي وأكثر براعة بكثير: إنه فكرة منهج طبي (تشريحي، وبالتحديد فيزيولوجي) مطبق على اعتلال الجسم البشري: ينبغي أن «نستمد من الفيزيولوجيا سماتِ الأمراض النوعيةَ ونتدبر، من طريق تحليل حاذق، أمرَ صراخِ الأعضاء المريضة المشوشِ في غالب الأحيان»[51]. يتضمن طب الأعضاء المرِيضة هذا، ثلاث لحظات:

1 - تحديد العضو المعلول، وهذا أمر يتم بدءًا من الأعراض الظاهرة، لكن شريطة التعرف إلى «جميع الأعضاء والأنسجة التي تؤلف وسائل الاتصال التي من خلالها تترابط الأعضاء في ما بينها، والتبدلات التي يبلي بها التغييرُ الحاصل في عضو ما، الأعضاءَ الأخرى».

---

(48) François-Joseph-Victor Broussais, *Catéchisme de la médecine physiologiste* (Paris: [s. n.], 1824), pp. 28-30.

(49) Broussais, *Examen des doctrines*, t. 2, 1821, p. 309.

(50) يوجد التعبير في جواب بروسيه لفودره في: Michel Foderà, «Histoire de quelques doctrines médicales comparées à celle du docteur Broussais,» *Journal universel des sciences médicales*, t. XXIV.

(51) Broussais, *Examen des doctrines*, 1816, «Préface».

2- «تفسير كيف يصبح عضوٌ ما معتلًا»، بدءًا من عامل خارجي، آخذين بالاعتبار هذه الحيثية الجوهرية القائلة إن التهيج يمكن أن يحرض ارتكاسًا مفرطًا أو على العكس، خمودًا وظيفيًا، وإن «هذين التبدلين غالبًا ما يوجدان معًا في مجمل أعضائنا» (بفعل البرد تنقص الإفرازات الجلدية ويزيد نشاط الرئة).

3- «تحديد ما الذي يجب فعله كي يتوقف الاعتلال»: أي إلغاء السبب (البرد في ذات الرئة)، وكذلك إزالة «الآثار التي لا تختفي دومًا بعد توقف السبب عن فعله» (الاحتقان الدموي يُبقي على التهيج في الرئتين لدى المصابين بذات الرئة)[52].

في نقد «الأنطولوجيا» الطبية، يذهب مفهوم «الاعتلال» العضوي بعيدًا من دون شك، وأكثر عمقًا من مفهوم التهيج. فالأخير ينطوي أيضًا على تصور تجريدي؛ ذلك أنّ الصفة العمومية التي كانت تسمح له بأن يفسر كل شيء، كانت تشكل، بالنسبة إلى المعاينة الموجهة نحو العضوية آخر حاجز للتجريد. ومفهوم «اعتلال» الأعضاء لا يتضمن سوى فكرةِ صلةِ العضو بالعامل أو بالوسط، فكرةِ ارتكاسٍ تجاه هجوم، فكرة وظيفة شاذة، وأخيرًا فكرة التأثير المخِلّ الذي يسببه عنصرٌ مهاجَمٌ على الأعضاء الأخرى. وبعد الآن لن تتوجه المعاينة الطبية إلا إلى حيز مليء بأشكال تركيب الأعضاء. حيز المرض هو، من دون بقية ومن دون انزلاق، حيز العضوية نفسه. إن فهم المرضي هو طريقة معينة لفهم البدن.

انتهى عهد طب الأمراض، وبدأ طبُّ الارتكاسات المَرَضية، وبنيةُ التجربة التي سادت القرن التاسع عشر وحتى نقطة معينة من القرن العشرين، لأن طب العوامل المُمْرِضة سوف يأتي، ليس من دون تعديلات منهجية، لينضوي فيه.

يمكننا أن نطرح جانبًا النقاشات اللانهائية التي أظهرت التعارض بين أتباع بروسيه وآخر من بقيَ من مناصري بينل. إن التحليلات التشريحية المرَضية التي

---

(52) Broussais, *Examen des doctrines*, t. I, 1821, pp. 52-55.
أضاف بروسيه بين التوصية الثانية والثالثة أن يحدِّد تأثير العضو السقيم على باقي الأعضاء، يُنظر: Broussais, *Sur l'influence*.

قام بها بتي وسير (Serres) عن الحمى المعوية المساريقية[53] (entéro-mésentérique)، والتمييز الذي وضعه كافن (Caffin) بين الأعراض الحرورية والأمراض المفترض أنها حموية[54]، والأعمال التي قام بها لالمان حول الإصابات الدماغية الحادة[55]، وأخيرًا أفلح [كتاب] بويّو *Traité* المكرس لـ «الحميات الجوهرية»[56] شيئًا فشيئًا في إخراج كلّ ما كان لا يزال يغذّي السجالات من حيّز المشكلة. وقد أُخرست آخر المطاف. وكان شومل نفسه، الذي أكّد العام 1821 وجود الحمّيات العامة عديمة الآفات، قد اعترف في عام 1834 أنها تمتلك كلها موضعًا عضويًا[57]، وكان أندرال (Andral) قد خصص في الطبعة الأخيرة من كتابه **السريريات الطبية** (*Clinique médicale*)، مجلدًا كاملًا لصنف الحميات، وقسّمها في المجلد الثاني إلى التهابات الأحشاء والتهابات المراكز العصبية[58].

مع ذلك، بقي بروسيه حتى أيامه الأخيرة عرضةً لهجوم عنيف، ولم يكفّ منتقدوه عن التصغير من شأنه حتى بعد مماته. لكن لم يكن بإمكانه أن يكون بخلاف ذلك؛ إذ لم ينجح بروسيه في الالتفاف على فكرة الأمراض الجوهرية إلا مقابل ثمن باهظ، حيث وجب عليه أن يعيد شحذ المفهوم القديم الذي لطالما تعرض للنقد (من جهة التشريح المرضي تحديدًا)، وهو مفهوم التداعيات [الودية]، كان عليه أن ينعطف إلى تصور هالِر عن التهييج، لكنه كان قد انكفأ على نزعة أحادية في علم الأمراض تذكّر بـ براون، وأدخل، ضمن منطق منظومته، ممارسةَ الفصادة القديمة. هذه الردّات كلّها كانت ضرورية من الناحية الإبيستمولوجية كي يَظهر

---

(53) Petit et Serres, 1813.

(54) Jacques-François Caffin, *Traité analytique des fièvres essentielles* (Paris: [s. n.], 1811).

(55) Claude François Lallemand, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances* (Paris: [s. n.], 1820).

(56) Bouillaud, *Traité clinique*.

(57) Auguste-François Chomel: *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles* (Paris: [s. n.], 1821); *Leçons sur la fièvre typhoïde* (Paris: [s. n.], 1834).

(58) Gabriel Andral, *Clinique médicale, ou choix d'observations recueillies à l'hôpital de la charité (clinique de M. Lerminier): Maladies de poitrine*, 4 vols. (Paris: [s. n.], 1823-1827).

تقول إحدى القصص إن بينل كان ينوي أن يلغي، من طبعة «المنزوليات» الأخيرة، صنف الحُميات وإن الناشر منعه من ذلك.

طبُّ الأعضاء بنقاوته، وكي يتحرر الإدراكُ الطبي من جميع الأحكام المنزولية المسبقة. لكن بسبب ذلك تمامًا، أوشك أن يضيع في تنوع الظواهر وفي تجانس العملية في الوقت نفسه. وما بين التهيج المتكرر برتابة والقسوةِ غير المحدودة «لصراخ الأعضاء المعلولة» كان الإدراك يتأرجح قبل أن يثبِّت الوصفة المحتومة، حيث كانت تتشكل الفرادات كلها: بين المِبضَع [أداة التشريح] و[دودة] العلقة (sangsue) [أداة الفصادة].

كل شيء كان مبررًا في الهجمات المسعورة التي شنّها معاصرو بروسيه ضده. لكن ليس تمامًا؛ ذلك أن هذا الفهم التشريحي السريري، وقد سيطر على حقله وصار قادرًا على توجيه نفسه بنفسه، هذا الفهم الذي باسمه كانوا محقين ضده، يدين بالفضل إلى منهجه في «الطب الفيزيولوجي»، أو أنه في الأقل يدين له في شكل توازنه النهائي. إنّ كل ما انتهى إليه بروسيه (من بحوث وخلاصات) كان يعاكس آراء خصومه في عهده، إلاّ أنه كان قد رسَّخ في زمنه، آخرَ عنصر من عناصر **طريقة النظر**. ومنذ عام 1816 صار بإمكان عين الطبيب أن تتوجه إلى جسم بشري مريض. وهكذا تكون قَبْلية (a priori) المعاينة الطبية الحديثة التاريخية والملموسة قد استكملت تأسيسها.

لم يعد هناك حاجة إلى عمليات التأهيل من أجل فك لغز البنيات. وإذ لا يزال هناك إلى يومنا أطباء وآخرون يظنون أنهم يكتبون التاريخ فيخطّون سيَرًا، ويوزّعون المناقب والأفضال، إليكم، من أجلهم، هذا النص الذي كتبه طبيب لم يكن جاهلًا البتة: «إن طبع كتاب **فحص الطريقة الطبية**، هو أحد الحوادث المهمة، التي ستحتفظ بذكرها سجلات تاريخ الطب أمدًا طويلًا... إن الثورة الطبية التي أرسى دعائمها بروسيه في عام 1816 هي من دون جدال من أروع ما اختبره الطب في الأزمنة الحديثة قاطبة»[59].

(59) Bouillaud, *Traité clinique*, p. 13.

خاتمة

هذا الكتاب الذي انتهينا من قراءته توًا يشكل، مع غيره، محاولة لتطبيق طريقة، في ذلك الميدان المشوش جدًا والقليل الهيكلة، سيئ البنية، ألا وهو ميدان تاريخ الأفكار.

سنده التاريخي محدود لأنه، في المحصلة، يعالج ظهورَ المشاهدة/ الملاحظة الطبية وتطورها ومناهجها خلال نصف قرن تقريبًا. إنها مع ذلك فترة من الفترات التي ترسم عتبة زمنية لا تُمَّحى: اللحظة التي خرج فيها الداء، ومضادُ الطبيعة والموت إلى النور، أي باختصار كل ذلك الأساس المعتم للمرض، أي إنه يتضح ويختفي في وقت واحد مثل ليل، في الحيز العميق، مرئيٍّ وصلبٍ، مغلقٍ لكن يمكن بلوغه، من بدن الإنسان. فما كان بالأساس مخفيًا، منح نفسه فجأة إلى وضوح المعاينة، ضمن حركة بسيطة جدًا ومباشرة جدًا في الظاهر، حيث تبدو نتيجة طبيعية لتجربة أحرزت نجاحًا ملحوظًا. يبدو كما لو أنه لأول مرة منذ آلاف السنين، شعر الأطباء، بأنهم قد تحرروا من النظريات ومن الخرافات، وبأنهم وسعوا موضوع تجربتهم ضمن نقاوةِ المعاينة غير المنحازة. لكن يجب قلب التحليل: إن أشكال الرؤية هي التي تغيرت، ذلك أن الذهنية الطبية التي قدم بيشا بالتأكيد أول شهادة متماسكة تمامًا عنها، ينبغي عدم إدراجها في نظام التطهيرات/ التزكيات السيكولوجية والإبيستمولوجية، إنها ليست شيئًا آخر سوى إعادة تنظيم إبيستمولوجية للمرض حيث تَتَّبع حدودُ المرئي والمخفي مصيرًا جديدًا، فاللجُّ السحيق الذي تحت المرض والذي كان المرضَ ذاته، قد انبثق توًا في ضوء اللغة - هذا الضوء هو الذي ينير بالتأكيد في يوم واحد لـ 120 **يومًا، وجولييت والكوارث**[1].

---

(1) يقصد فوكو هنا أعمال المركيز دو ساد الروائية: *120 Journées de Sodome* و*Juliette*.. الأولى، أي =

لكن المقصود هنا هو ميدان الطب والطريقة التي بُنيت بها المعارفُ الفردية عن الفرد المريض فحسب، خلال أعوام عدة. وكي تكون التجربة السريرية ممكنة بصفتها شكلًا للمعرفة، كانت ضروريةً إعادةُ تنظيم الحقل الاستشفائي، وتعريفٌ جديد لوضع المرض في المجتمع وإقامة صلة معينة بين المعونة الاجتماعية والتجربة الطبية، وبين الإغاثة والمعرفة، وتوجب أن يحاط المريض بفضاء جماعي ومتجانس. وتوجب كذلك فتح اللغة على ميدان جديد بالكامل: ميدانِ ترابطٍ أبدي ومؤسس موضوعيًا بين المرئي وبين ما يقبل القول. لقد تحدد إذًا استخدام جديد تمامًا للخطاب العلمي: استخدام يقوم على أمانةٍ وخضوعٍ غير مشروط لمحتوى التجربة الملَّون - أن تقول ما تراه، لكنه أيضًا استخدام يتضمن تكوين التجربة وتأسيسها - أن تقدم للنظر وأنت تقول ما تراه، كان يجب إذًا وضع اللغة الطبية في هذا المستوى الذي يبدو سطحيًا جدًا، لكنه للحقيقة، متوارٍ عميقًا جدًا حيث صيغة الوصف هي في الوقت عينه حركة الكشف عن الحجاب. وكان هذا الكشف يتضمن بدوره، باعتباره حقلًا أصليًا ومظهرًا للحقيقة، حيزَ الجثة الخطابي: فالداخل بات مكشوفًا. لم يكن تأسيسُ التشريح المرضي، في حقبة كان الأطباء السريريون فيها يحددون منهجهم، يحظى لديهم بدرجة من التوافق: فقد احتاج توازنُ التجربة أن تستند المعاينةُ الموجهة إلى الفرد، ولغةُ الوصف، إلى أساس ثابتٍ للموت، مرئيٍّ ومقروء.

هذه البنية التي يتمفصل فيها الحيز واللغة والموت، أي ما يدعى بالمحصلة المنهج التشريحي السريري، تُشكلُ الشرط التاريخي لطبٍّ قدَّمَ نفسه بصفته الوضعية، ورُحّب به على هذا النحو... ينبغي أن تأخذ كلمة وضعي هنا معنى قويًا. فالمرض ينفصل عن ميتافيزيقا الداء/ الشر (mal) الذي بقي مقترنًا به منذ قرون، ورأى في وضوح الموت الشكلَ الممتلئ حيث يبدو محتواه بتعبيرات وضعية.

= الـ 120 يومًا في سدوم، واسمها الثانوي «مدرسة الفجور»، هي أوّل عمل كبير له، كتبها في سجن الباستيل في عام 1785، لكنها لم تُطبَع حتى عام 1931. وكتب جولييت في عام 1779، أما الثالثة فيقصد فوكو بها سلسلة الرسومات (عددها 82) التي رسمها الفنان والنحات الإسباني فرانسيسكو دو غويا (1746-1828) لإظهار احتجاجه على الحروب الإسبانية الداخلية لتلك الحقبة، وصار عنوانها كوارث الحرب (*les Désastres de la guerre*). (المراجع)

وإذا ما تصورنا المرض في علاقته بالطبيعة، فإنه يكون السلب الذي لا يحدد، والذي ما كانت أسبابه وأشكاله ومظاهره لتتاح إلا بالمواربة وعلى أساس متراجع دومًا، أما لو نظرنا إليه من خلال علاقته بالموت، فإن المرض يصبح مقروءًا بالكامل، ومفتوحًا من دون شوائب على تشريح اللغة والمعاينة المهيمن. ولما اندمج الموت إبيستمولوجيًا بالتجربة الطبية، تمكن المرض من الانفصال عن مضاد الطبيعة وصار **متجسدًا في بدن الأفراد الحي**.

سوف يبقى بلا شك من الأمور الحاسمة، في شأن ثقافتنا، أن الخطاب العلمي الأول الذي يخص الفرد كان عليه أن يمر من لحظة الموت هذه. ذلك أن الإنسان الغربي لم يتمكن من أن يجعل من نفسه أمام ناظرَيه موضوعًا للعلم، ولم يفهم نفسه داخل لغته، ولم يقدم بنفسه، لنفسه وعن طريقها، وجودًا خطابيًا، إلا بالرجوع إلى تحطيم نفسه: فمن تجربة الجنون (اضْطِراب الصواب (Déraison)) ولدت أشكال السيكولوجيا كلها، بل إمكان السيكولوجيا، ومن وضع الموت في الفكر الطبي وُلِد طبٌّ قدَّم نفسه بصفته علمَ الفرد. وبشكل عام، ربما كانت تجربة الحالة الفردية في الثقافة الحديثة مرتبطة بتجربة الموت، من الجثث التي شرّحها بيشا وحتى إنسان فرويد (Freud) هناك صلة عنيدة للموت تفرض على الكوني وجهه الخاص وتمنح كلام كل امرئ القدرةَ على أن يكون مسموعًا إلى ما لانهاية؛ إذ إنّ الفرد مدين للموت بمعنى لا يتوقف عنده. إنّ القسمة التي يرسم حدودها والمتناهي (finitude) الذي يفرض علامتها، يربطان بشكل غريب كونيةَ اللغة بشكل الفرد الموقت الذي لا يُستبدل. فالمحسوس، الذي لا يستوفيه الوصف، والذي شاءت مئاتٌ كثيرة من السنين تبديدَه، يجد أخيرًا في الموت قانون خطابه حيث يتيح للبصر أن يستعرض كثرة الأبدان ونظامها البسيط، ضمن حيز متمفصل مع اللغة.

من هذا المنطلق، يمكن أن نفهم أهمية الطب في تأسيس علوم الإنسان: هي أهمية تتجاوز كونها منهجية، من باب أنه يخص كينونة الإنسان بوصفها موضوعًا لمعرفةٍ وضعية.

إن إمكان أن يكون الفرد في آن ذاتًا وموضوعًا لمعارفه البحتة تستدعي

انقلابًا، ضمن المعرفة، في بنية المتناهي. ففي الفكر الكلاسيكي، لم تكن النهائية تمتلك مضمونًا آخر عدا نفي اللانهائية، في حين أن الفكر الذي تشكل في نهاية القرن الثامن عشر منَحَها قدراتِ الإيجابي [الوضعي]: فالبنية الأنثروبولوجية التي ظهرت حينئذ أدّت في وقت واحد دور الحدّ النقدي ودور الأصل المؤسِّس. هذا الانقلاب هو الذي استُخدم كدلالة ضمنية فلسفية لتنظيم طب وضعي [إيجابي]. وبالعكس، أشار هذا الطب، في المستوى الإمبيريقي، إلى بداية ظهور العلاقة الرئيسة التي تربط الإنسان الحديث بنهائيته الأصيلة. ومن هذا الاعتبار، كانت مكانة الطب الحاسمة في معمار مجمل العلوم الإنسانية: فهو أقرب العلوم قاطبة إلى الاستعداد الأنثروبولوجي الذي يسندها جميعًا. ومن هنا أيضًا مكانته ضمن أشكال الوجود الملموسة: فالصحة تحل محل خلاص الروح (salut)، كما قال غوارديا (Guardia). وهكذا، فإن الطب يقدم إلى الإنسان الحديث وجه نهائيته العنيد والمطمئِن، وبه يكون الموت عرضةً للتكرار (ressassée)، لكن في الآن نفسه يكون عرضة للطرد السحري (التعويذة والرقية) (conjurée)، وإذ يخبر الإنسان من غير كلل عن الحدود التي يحملها معه، فإنه يحدّثه أيضًا عن هذا العالم التقني الذي هو الشكل المسلح (المدعّم)، الوضعي والممتلئ بنهائيته. لقد اتخذت الحركات [المبادرات] والكلمات والمعاينات الطبية، منذ تلك اللحظة، كثافة فلسفية ربما يمكن مقارنتها بالكثافة التي امتلكها في السابق الفكر الرياضياتي. إن أهمية بيشا وجاكسون (Jackson) وفرويد في الثقافة الأوروبية لا تثبت أنهم كانوا فلاسفة بقدر ما كانوا أطباء، بل إن الفكر الطبي، في هذه الثقافة، التزم تمامًا بكيان الإنسان الفلسفي.

من هنا بالذات، إن هذه التجربة الطبية قريبة من التجربة الغنائية التي بحثت عن لغتها من هولدرلن[2] (Hölderlin) وحتى ريلكه[3] (Rilke). هذه التجربة التي بدأت في القرن الثامن عشر والتي لم نفلت منها، مرتبطة بتحديثها بأشكال من

---

(2) هولدرلن (Friedrich Hölderlin) (1770-1843): شاعر ألماني اشتُهر بعد موته، تأثّر به كثيرون، منهم ريلكه. كتب مسرحية «موت أمبدوقليس» (La Mort d'empédocle) بين عامي 1798 و1800، وقد استوحاها من انتحار الفيلسوف الإغريقي، الذي يُقال إنه أُلقى نفسه في بركان إتنا. (المترجم)

(3) ريلكه (Rainer Maria Rilke) (1875-1926): شاعر وكاتب نمساوي. (المترجم)

التناهي (النهائية (finitude)) يُعتبر موتُها بالتأكيد هو المهدِّد الأكبر، بيد أنه الأكثر امتلاءً كذلك. إنّ أمبِدوقليس [في مسرحية] هولدرلن، الذي بلغ بمسيره الطوعي حتى حافة إتنا (Etna)، هو موتُ الوسيط الأخير بين الناس الفانين والأوليمب (Olympe)، هو نهايةُ اللانهائي على الأرض، واللهبُ العائد إلى نار مولده فلا يترك من أثر وحيد كان لا بد من أن يُمحى تمامًا بموته: وهو شكل الفردية الجميل والمغلق. وبعد أمبِدوقليس، سيتم وضع العالم تحت تأثير النهائية، في هذا الذي بَينَ اثنين متضاربين حيث يخيم **القانون**، قانون الحد القاسي، ذلك أنّ مصير الفردية أن تظهر دومًا ضمن الموضوعية التي تُظهرها وتخفيها، والتي تنكرها وتؤسسها: «هنا أيضًا، الذاتي والموضوعي يبدلان وجهيهما». إن الحركة الداعمة للغنائية في القرن التاسع عشر تتحد، بطريقة قد تبدو غريبة للوهلة الأولى، بالغنائية التي حصل بها الإنسان على معرفة وضعية عن نفسه، لكن هل يجب علينا أن نفاجَأ لأن وجوهَ المعرفة ووجوهَ اللغة تخضع للقانون العميق ذاته، وأن اقتحام (irruption) النهائية يهيمن، بالطريقة نفسها، على هذه العلاقة بين الإنسان والموت التي تتيح هنا خطابًا علميًا بشكل عقلاني، وتفتح هناك مصدرًا للغة تنتشر إلى المنتهى في الفراغ الذي كان شُغر بغياب الآلهة؟

إن تشكل الطب السريري ليس سوى شاهد من الشهود البارزين على هذه التبدلات في استعدادات المعرفة الرئيسة، ويبدو جليًا أن هذه التبدلات قد انساقت وراء ما ربما كان قد استُحصل من قراءة الوضعية الخاطفة. غير أننا، حالما ننجز من هذه النزعة الوضعية استقصاءً عموديًا، سوف نعاين ظهور سلسلة كاملة من الصور، المخفية من طريق [هذه الوضعية] لكن الضرورية لمولدها، [وهي الصور] التي سوف تُطلَق بعد ذلك وتُستخدم، من باب المفارقة، ضدها. وبشكل خاص، كان ما ستعارضها به الظواهرية (phénoménologie) بعنادٍ أكبر، موجودًا في نظام شروطها: وهي قدراتُ المدرَك المهمة وترابطُه مع اللغة في أشكال التجربة الأصلية، وتنظيمُ الموضوعية انطلاقًا من قيم العلامة، وبنيةُ المعطى اللغوية السريّة، وصفةُ حيزية البدن المؤسِّسة، وأهميةُ النهائية في صلة الإنسان بالحقيقة وفي أساس هذه الصلة، ذلك كلّه كان قد تَدخّل في نشأة النزعة الوضعية؛ تدخّلَ، لكنه نُسي لمصلحتها. وعلى الرغم من أن الفكر المعاصر الذي يؤمن بأنه تخلص منها منذ نهاية القرن

التاسع عشر، فإنه لم يفعل سوى أنه أعاد شيئًا فشيئًا اكتشاف ما كان قد جعلها ممكنة. وفي الأعوام الأخيرة من القرن الثامن عشر، رسمت الثقافة الأوروبية بنية لم تنفرط، وبالكاد بدأنا نفكك خيوطها التي ما زالت مجهولة بالنسبة إلينا، والتي نفترض حالًا أنها جديدة بشكل مذهل أو قديمة بالمطلق، في حين أنه منذ قرنين (لا أقل، ولا أكثر بكثير)، قد تكوّنت شبكة تجربتنا القاتمة، لكن الصلبة.



الملاحق

الملحق (1)

مراحل الثورة الفرنسية التي ذُكرت في الكتاب

1789: اجتماع الطبقات الثلاث.

الجمعية التأسيسية في 9 تموز/ يوليو.

سقوط الباستيل في 14 تموز/ يوليو.

1790: تطبيق الدستور المدني على الكنيسة في 12 تموز/ يوليو.

1791: بدء المجلس التشريعي (تشرين الأول/ أكتوبر 1791 - أيلول/ سبتمبر 1792). من الجيرونديين الذين طالبوا بجمهورية فدرالية، والجبليين المناصرين لجمهورية مركزية.

1792: إعلان الجمهورية في 22 أيلول/ سبتمبر.

المؤتمر الوطني (أيلول/ سبتمبر 1792 - تشرين الأول/ أكتوبر 1795). سيطرة الجبليين عليه. بدء حكم الإرهاب.

1793: تشكيل لجنة السلامة العامة. إلغاء الأكاديميات الملكية. سقوط الجيرونديين. العمل بالتقويم الجمهوري بدءًا من 24 تشرين الأول/ أكتوبر.

1794: إعدام روبسبيير في 10 تيرميدور عام II (28 تموز). سقوط الجبليين. المؤتمر التيرميدوري (تموز/ يوليو 1794 - تشرين الأول/ أكتوبر 1795).

1795 : حكومة المديرين.

1796 : حملة إيطاليا وبزوغ نجم نابوليون.

1798 : حملة مصر.

1799 : انقلاب بونابارت وبداية حكم القناصل.

1804 : إعلان الإمبراطورية.

1814 : عودة الملكية.

الملحق (2)

التقويم الجمهوري 1793-1806

تبدأ السنة من الاعتدال الخريفي ويوافق يوم إعلان الجمهورية في 22 أيلول/ سبتمبر، وأخذ التقويم الأرقام الرومانية.

شهور الخريف، وتنتهي باللاحقة «ير (aire)»

فندميير (Vendémiaire) (22 أيلول/ سبتمبر - 21 تشرين الأول/ أكتوبر): موسم قطاف العنب (vendanges).

بروميير (Brumaire) (22 تشرين الأول/ أكتوبر - 20 تشرين الثاني/ نوفمبر): موسم الضباب (brouillards).

فريمير (Frimaire) (21 تشرين الثاني/ نوفمبر - 20 كانون الأول/ ديسمبر): موسم الصقيع (frimas).

شهور الشتاء، وتنتهي بـ «أوز (ose)».

نيفوز (Nivôse) (21 كانون الأول/ ديسمبر - 19 كانون الثاني/ يناير)، موسم الثلج (neige).

بلوفيوز (Pluviôse) (20 كانون الثاني/ يناير - 18 شباط/ فبراير)، موسم المطر (pluies).

فنتوز (Ventôsc) (19 شباط/ فبراير - 20 آذار/ مارس)، موسم الرياح (vents).

شهور الربيع وتنتهي بـ «آل (al)».

جرمينال (Germinal) (21 آذار/ مارس - 19 نيسان/ أبريل)، موسم الإنبات (germination).

فلوريال (Floréal) (20 نيسان/ أبريل - 19 أيار/ مايو)، موسم تفتح الزهر (fleurs).

بريريال (Prairial) (20 أيار/ مايو - 18 حزيران/ يونيو)، موسم المراعي (prairies).

شهور الصيف، تنتهي بـ «إيدور (idor)».

ميسيدور (Messidor) (19 حزيران/ يونيو - 18 تموز/ يوليو)، موسم الحصاد (moissons).

تيرميدور (Thermidor) (19 تموز/ يوليو - 17 آب/ أغسطس)، موسم الحر (thermal).

فروكتيدور (Fructidor) (18 آب/ أغسطس - 16 أيلول/ سبتمبر)، موسم الفاكهة (fruits).

تبقى ستة أيام من السنة بدءًا من 17 أيلول/ سبتمبر وحتى 22 منه، تدعى أحيانًا بأيام «اللامتسرولين(sans culottes)»، نسبة إلى ثوار باريس الذين لم يكونوا يملكون سراويل يلبسونها، وتمجيدًا لهم. وسميت هذه الأيام كما يأتي: يوم الفضيلة، يوم العبقرية، يوم العمل، يوم الرأي، يوم المكافأة ويوم الثورة.

الملحق (3)

ثبت تعريفي بالمصطلحات الطبية

المصطلح الطبي	المقابل الفرنسي	الشرح
احتقان [تحفُّل]	Engorgement	قليل الاستخدام. تراكم السوائل (دموية أو مصلية أو مفرزات) في عضو ما، الأمر الذي يزيد من حجمه ويبدل من قوامه.
الاختلاط	Complication	ظهور عوارض مرضية جديدة في سياق مرض محدد.
الأخلاط	Humeurs	راجع التعليقات الختامية.
استسقاء [مَوَه، خزب]	Hydropisie	مصطلح مهجور، يشير إلى الوذمات والانصبابات غير الالتهابية في الأجواف الطبيعية.
الأعور	Caecum	القطعة المتمددة في بداية الكولون الأيمن أو الصاعد.
الإفراز الصديدي المدمى [الغُذَيذِيّ]	Excrétion sanieuse	مفرزات من الجروح يختلط فيه القيح بالدم.
التهاب الجنب والرئة المزمن	Péripneumonie chronique	مرادف لالتهاب الرئة من منشأ إنتاني.
التهاب السحايا المزمن	Méningite chronique	التهاب سحايا من منشأ جرثومي في أغلب الأحيان.

يتبع

التهاب المعدة	Gastricité	تعبير قديم يدل على إصابات المعدة.
الالتهابات	Phlegmasies	مهجور، يشير إلى الالتهابات الداخلية. يقتصر استخدامه حاليًا على التهاب الوريد الخثري.
الأم الجافية	Dure-mère	الغشاء الخارجي للسحايا، ملاصقة للعظم.
الأم الحنون	Pie-mère	غشاء يغطي الجهاز العصبي المركزي.
أم الدم	Anévrisme	تورم وعائي حصور يظهر على امتداد شريان بسبب تمدد جداره.
الأمزجة	Tempéraments	راجع التعليقات الختامية.
إنباتي	Végétatif	ما يتعلق بالجهاز العصبي الإنباتي الذي يتحكم في الأحشاء من دون الجهاز الحركي.
انتياب	Paroxysme	اشتداد النوبات في الأعراض.
انصباب (الهَرْق)	Épanchement	وجود سائل بشكل زائد أو لسبب مرضي.
بَهر البصر	Éblouissement	انطباع برؤية أضواء تلمع في جهة واحدة حتى حين تكون مغمضة.
البوابة	Pylore	الفوهة السفلية للمعدة، تنفتح على الاثني عشر أو العفج.
التأمور	Péricarde	الغشاء المحيط بالقلب.
التحجرات البوليبية [الحصيات السليلية]	Concrétions polypeuses	تظهر البوليبات على شكل بنيات معلقة على نسيج مخاطي، ويمكن أن تصاب بقساوة بعد حالة مرضية أيًا كانت طبيعة المادة الكيميائية المترسبة.
التدرن	Tuberculeuse	مرض السل.
الترمعات	Clonique	الحركات العنيفة وغير المنتظمة.
التشنج	Spasme	المغص.

يتبع

تابع

التصلدات [الأورام الصلبة]	Squirres	في الأصل: ورم قاس غير مؤلم، غالبًا ما يصيب الغدد، خصوصًا الثدي عند النساء. ويتحول إلى خبيث.
تطبل البطن	Météorisme	كبر حجم البطن بسبب تراكم الغازات.
تفاعل التهابي منتشر	Phlegmon	التهاب حاد في النسيج الخليوي تحت الجلد، منتشر أو محصور.
تكبد (الرئة)	Hépatisation	يصبح للرئة قوام الكبد، وفيه حلول السوائل أو الأنسجة الأخرى محل الهواء في الرئة على شكل كثافات رئوية.
تلبد الشعر	Plica	لم يكن يشير إلى مرض محدد، بل إلى ما يسببه الإهمال من تراكم الوسوف والفطور والطفيليات في الفروة، الأمر الذي يتسبّب في تلبد الشعر في الفروة. وحاليًا تقتصر التسمية على البليكا العصبية التي يترافق فيها تجعد الشعر مع إصابة عقلية.
التوترات	Tonique	التقلصات التي تصيب العضلات.
التورم	Tuméfaction	تضخم مرضي لحجم عضو ما أو انتباج في منطقة محددة.
تيبُّس [صَمَل]	Rigidité	القساوة التي تصيب العضلات مثلًا، أو بعد الموت.
التيفوس	Typhus	مرض حموي إنتاني يشمل مجموعة أمراض (الحمى الصفراء، التيفوس الطفحي...)
الثرب	Epiploon	الغشاء الذي يغلف الأمعاء.
الثغاء	Egophonie	صوت مرتعش يسمع في إصغاء الصدر يسمع في ذات الرئة وغيرها.
الجدري	Variole	مرض فيروسي وبائي شديد العدوى، يعتبر منقرضًا منذ عام 1977.

يتبع

الجذام	Lèpre	مرض متوطن مزمن إنتاني. معروف حاليًا أنه ينسب إلى عصية هانسن. وليست له علاقة بمرض آخر هو «البهاق (vitiligo)» الذي اختلط به بسبب انتشار اسم «البرص» الذي لم يعد مستخدمًا.
الجنبة (غشاء)	Plèvre	غشاء مصلي يغلف الرئة.
الحجاب الحاجز	Diaphragm	عضلة مسطحة تفصل الصدر عن البطن.
الحفر (داء)، [أسقربوط]	Scorbut	مرض في المخاطيات والجلد. ينجم عن عوز فيتامين C الذي يحدث في حالة الحرمان من الخضار.
حمى الدق	Fièvre hectique	لا تنطبق الحميات الموصوفة قديمًا مع الأمراض الحموية المعروفة حاليًا، وتجد في الفصل العاشر كيف بدأت إعادة النظر بهذه التسميات مع بروسيه. راجع أيضًا التعليقات الختامية في خصوص نماذج للتسميات الحديثة التي تقابل أوصاف بعض الحميات القديمة.
حمى الربع	F. quatre	
الحمى الرنحية	F. ataxique	
الحمى الصفراوية المحتدمة	F. bilieuses ardentes	
الحمى المعوية المساريقية	F. entero-mésentérique	
الحمى الموهنة	F. adynamique	
الحميات المستمرة المتفسخة	F. synoques putrides	
الحميات النزلية اليرقانية [الصفراوية]	F. bilieuses catarrhales	
الخثلية (المنطقة)	Hypogastrique	أسفل البطن بين السرة والعانة.
الخلط	Humeur	راجع التعليقات الختامية.
خمج [إنتان]	Infection	اختراق عام ممرض للجسم البشري للتكاثر فيه.

يتبع

تابع

الخنزرة [السلية]	Ecrouelles	صموغ أو تقيحات باردة وتنوسرات تنجم عن الإصابة بالسل، وتظهر على جانبي العنق.
الدخنيات	Miliaire	تشكل صغير بحجم حبة الذرة البيضاء تظهر على الجلد لأسباب متنوعة.
الدرنات [الحديبات]	Tubercules	تشكل كروي على سطح العضو.
الدماغ [المخ]	Encéphale	القسم الموجود داخل القحف من الجهاز العصبي المركزي.
ذات الجنب	Pleurésie	وجود سائل بين الرئة وجدار الصدر.
الربو	Asthme	مرض يتصف بانقباض القصبات والشعب الهوائية نتيجة محرض خارجي الأمر الذي يسبب ضيقًا في النفس.
الرجفة [النافض، العرواء]	Frisson	ارتجاف منتظم في العضلات المخططة، يترافق مع قشعريرة في الجلد.
الرغامى	Trachée	مجرى عضلي غضروفي يمر به الهواء إلى الرئتين.
السبات [الغيبوبة]	Coma	تغير كامل أو جزئي في حالة الوعي.
السفاق	Aponévrose	غشاء أبيض متين ليفي يحيط بالعضلات.
السكتة [النزف الدماغي]	Apoplexie	خروج الدم من الأوعية في الدماغ من دون أن يترافق مع انسداد وعائي.
السل	Phtisie	راجع التدرن.
السمحاق	Périoste	غشاء ليفي يحيط بالعظم، له دور في تغذية العظم.
السنخ	Alvéole	تشكل الأسناخ البنيات الدقيقة في نهاية الشعب الهوائية.
الشرسوف	Epigastre	القسم العلوي المتوسط من البطن وتحت الأضلاع.
الشُّعب الهوائية [القصبات]	Bronches	مجموعة التغصنات في مجرى الهواء، تخترق الرئة.

يتبع

الشقيقة	Migraine	صداع شقي معاود، يصيب أحد نصفي الرأس.
الشلل	Paralysie	عجز كامل في القوة العضلية.
الضخامات	Hypertrophies	زيادة في حجم نسيج ما أو عضو ما.
ضعف [ضعافة]	Débilité	حالة ضعف في الجسم البشري، تعبير يقتصر استخدامه حاليًا على الإصابة العقلية.
الضمورات	Atrophies	كل نقص جرمي أو وظيفي يصيب عضوًا ما بشكل مكتسب.
الطاعون	Peste	مرض إنتاني متوطن ووبائي يصيب القوارض وينتقل منها إلى الإنسان من طريق القمل.
الطب الفاعل	Médecine agissante	الطب الذي يلجأ إلى أدوية فاعلة لمقاومة المرض، مقابل الطب المترقب.
الطب المترقِّب	Médecine expectante	الطب الذي يعف عن استخدام الأدوية الفاعلة، بانتظار أن تفعل الطبيعة فعلها فيه.
عسر الهضم	Dyspepsies	تعبير عام يشير إلى اضطرابات هضمية من دون تحديد.
العلقة (دودة)	Sangsue	دودة حلقية مسطحة، كانت تستخدم في مص الدم من طريق الجلد كشكل للفصادة.
العنكبوتية (الوريقة)	Feuillet arachnoïdien	الغشاء الجداري للسحايا.
الغامض	Idiopathique	تعبير يشير إلى المرض المجهول، وفي الأصل كان يشير إلى إصابة مستقلة بذاتها، لا تأتي من إصابة أخرى، كمقابل للاضطرابات العرَضية التي ليس لها وجود مرضي خاص بها.
الغَشي	Syncope	فقدان للوعي، كامل ومفاجئ وعكوس.
قابلية	Idiosyncrasie	يشير إلى قابلية خلقية وفردية تجاه عامل خارجي أو داخلي (جبلة أو مزاج فردي خاص).

يتبع

تابع

القذال	Occipital	عظم مؤخر الرأس وأسفله.
قطنية (منطقة)	Lombaire	منطقة أسفل الظهر تحت الأضلاع.
القيلة المائية [الأدرة]	Hydrocèle	انتفاخ مليء بالسائل بين وريقتين.
كتان [طلاء] اللسان	Saburre	صفة للسان الذي تغطيه طبقة بيضاء.
اللُّجُم	Brides	تشكّل ليفي تندبي يشكل حجبًا في الأجواف أو انكماشات في الجلد.
اللفائفي	Ileum	القسم النهائي من الأمعاء الدقيقة.
المتن [البرانشيم]	Parenchyme	مجموعة الأنسجة الوظيفية في عضو ما مقابل الأنسجة الداعمة هذا العضو.
متوطنة (أمراض)	Endémique	استمرار وجود المرض في جماعة ما بشكل دائم أو دوري.
المثانة	Vessie	كيسة تجميع البول من الحالبين.
مخيخ	Cervelet	مادة عصبية تقع في مؤخر القحف وأسفله. تتحكم بالتوازن ومقوية [توترية] العضلات والحركات الذاتية.
المراقي [الداء الوسواسي]	Hypochondrie	انشغال مرضي وقلق بحالة عضو من الأعضاء.
المساريقا	Mésentère	طية بريطوانية تصل أقسامًا من المعي بجدار البطن.
المهبلي	Vaginal	الجوف الذي يلي فرج المرأة.
الموات [الغنغرينا]	Gangrène	نخر نسيجي بسبب انسداد شرياني.
موتّر الأوعية	Angiotonique	الفعل الذي يقوم به بعض الأدوية.
نزلة [صبة]	Catarrhe	تشير في الأصل إلى أي التهاب في المخاطيات يترافق مع زيادة في المفرزات.

يتبع

تابع

النضوح	Exsudation	السوائل التي تنزها السطوح خلال الالتهاب.
النفث الدموي	Hémoptysie	البصاق أو القشع المدمى.
نقل الصدر للهمس [اللَغَط القَصَبِيّ التَكَلُّمِيّ الصَدْرِي]	Pectoriloque	مهجور. يصف انتقال الصوت الذي يصدره المريض عبر جدار الصدر ويختلف وضوحه بحسب ما يصيب الوسط الناقل من تبدلات مثل وجود كثافات أو أجواف.
الهوس	Manie	مرض نفسي حاد، يتصف بتهيجات نفسية حركية.
الهيضة [الكوليرا]	Cholera	إنتان سمي شديد السراية، ناجم عن ضمات الهيضة.
واصمة [علامة]	Pathognomonique	ما يختص به مرض من الأمراض ولا يظهر إلا فيه.
الوباء	Epidémic	ظهور مفاجىء وانتشار سريع لمرض إنتاني في منطقة محددة.
الوتر	Tendon	النهاية الليفية للعضلة، تلتصق بالعظم.

الملحق (4)

تعريف ببعض أعلام الطب الوارد ذكرهم في الكتاب

أليبير (Alibert, Jean-Louis, Marc) (1768-1837): طبيب فرنسي، طبيب للويس الثامن عشر وشارل العاشر، ورئيس في مستشفى سان لويس، أستاذ في كلية الطب وعضو في أكاديمية الطب، مؤسس المدرسة الفرنسية لأمراض الجلد، ألّف كتاب **وصف الأمراض الجلدية المشاهدة في مستشفى سان لويس**، ووضع **شجرة أمراض الجلد** متأثرًا بالتصنيف المنزولي. كان يعرض نفسه للعدوى لإثبات الطبيعة المعدية للمرض. ما زال اسمه يطلق على بعض الأمراض الجلدية التي كان أول من وصفها.

أندرال (Andral, Gabriel) (1797-1876): طبيب فرنسي. عضو في الأكاديمية الوطنية للطب، شغل كرسي فرنسوا بروسّيه، أستاذًا لعلم الأمراض العام والعلاج في المدرسة الطبية. كان من رواد البحث في كيمياء الدم وأمراضه.

أوينبروغر (Auenbrugger Leopold) (1722-1809): طبيب نمساوي، اكتشف تقنية النقر والإصغاء في عام 1761 بحقن السوائل في جوف الموتى. أعاد كورفيزار اكتشاف هذه التقنية، وترجم كتابه إلى الفرنسية في عام 1808، وهي التقنية التي دفعت لاينِك إلى اختراع السماعة الطبية في عام 1819.

بارايون (Baraillon, Jean-François) (1743-1816): طبيب وسياسي فرنسي. نائب عن منطقة كروز في المؤتمر الوطني، ثم في مجلس الخمسمئة ثم

القدماء، يصنف بين المعتدلين، كان أول من اعترض على روبسبيير، وبالتالي من ألدّ أعداء الإرهاب. كان عضوًا في لجنة التعليم العام.

بارتيز (Barthez, Paul-Joseph) (1734-1806): طبيب وموسوعي فرنسي، درس في مونبلييه. ارتبط بصداقة مع دالامبير، وحرر في الموسوعة أكثر من 200 مادة. ساهم مع بوردو في تأسيس المدرسة الحيوية في مونبلييه.

بايل (Bayle, Antoine Laurent Jessé) (1799-1858): اشتهر بوصف الشلل العام أو الزهري العصبي. أسس في عام 1824 المجلة الطبية. وطبع كتبًا عدة تتناول الطب العقلي والتشريح وعلم الأمراض والمكتبة العلاجية. ورَئِس تحرير موسوعة العلوم الطبية.

براون (جون) (Brown, John) (1735-1788): درس في أدنبره. أصبح أستاذًا في عام 1780. كان يعزو الأمراض إلى تحريض مخفَّف أو غير ملائم للجسم البشري. ويعتمد في العلاج على جرعات كبيرة من المخرشات.

برنار، كلود (Bernard, Claude) (1813-1878): فيزيولوجي فرنسي، يعتبر مؤسس الطب التجريبي.

بروسيه (Broussais, François Joseph Victor) (1772-1838): ضابط صحة، طبيب وجراح فرنسي. درس في باريس على بيشا وبينل، وحصل على الشهادة في عام 1803، ثم التحق بجيش الإمبراطوية. بعد عودته إلى باريس عُين طبيبًا رئيسًا في مستشفى فال دوغراس، وهناك طور نظريته عن العلاقة بين الحياة والمحرضات وحول ارتباط الأعضاء ببعضها، ولقيت قبولًا من الطلاب، ورفضًا من الكلية. أصبح في عام 1830 أستاذًا لعلم الأمراض في كلية الطب. يعتبر أن الأمراض المزمنة كلها ناجمة عن التهاب حاد لم يُشفَ، وأهم الالتهابات ما يصيب جهاز الهضم، لذلك لجأ في علاجاته إلى الحمية الشديدة، وإلى الفصادة الغزيرة لتخفيف احتقان الأعضاء الملتهبة.

بواسيه دو سوفاج، فرنسوا (Boissier de Sauvages, François) (1706-1767): أستاذ في الفيزيولوجيا وعلم الأمراض، واحتل مقعد علم النبات.

مؤسس المنزوليات التي تعتبر أساس تصنيف الأمراض، رتب 2400 مرض بشكل منهجي في أصناف (classes) ومراتب (orders) وأجناس (genres) وأنواع (espèces)، متبعًا بذلك فكرة توماس سيدنهام (1624-1689)، وتحديدًا بما يتوافق مع طريقة عالم النبات لينه.

بوردو (Théophile de Bordeu) (1722-1776): طبيب فرنسي، أسس مع بارتيز مدرسة تتبنى النزعة الحيوية. درس في مونبلييه، وكان معارضًا معتقدات بورهاف. اهتم بالعلاج بالمياه المعدنية، وبالغدد وببنية الأنسجة. كان صديقًا لديدرو، وحرر له مواد في الموسوعة.

بورهاف (Boerhaave, Herman) (1668-1738): عالم نبات وطبيب هولندي من أصحاب النزعة الإنسانية. يعتبر مؤسس المستشفى الأكاديمي الحديث في الطب السريري. كانت شهرته كبيرة حتى إن بطرس الأكبر حضر بعض دروسه عام 1715.

بوم (Pomme, Pierre) (1725-1814): تخرج في جامعة مونبلييه. من رواد الطب النفسي، اهتم بالهستيريا (كانت تسمى vapeurs)، واهتم بالصرع والأسقربوط.

بونيه (Bonet, Théophile) (1620-1689): طبيب سويسري. أصيب بالصمم وهو في عمر الخمسين، فأكب على تأليف الكتب وكان أهمها *Sepulchretum* الذي صدر في عام 1679 في جنيف، وجمع فيه حصيلة دراسته لتشريح حوالى 3000 جثة، وبه مهّد لمورغانيي بعد قرن.

بويسون (Buisson, Mathieu-François-Régis) (1776-1804): طبيب فرنسي، من أقرباء بيشا، وتلميذه. شاركه في وضع **بحث في التشريح الوصفي** عام 1802.

بويّو (Bouillaud, Jean-Baptiste) (1796-1881): دكتور في الطب من باريس عام 1832. حدد في دراسته عن التهاب الدماغ مركز اللغة في المنطقة الجبهية (استفاد منه بروكا في تحديد أكثر دقة). أصبح في عمر الثلاثين عضوًا

في الأكاديمية الملكية للطب. اهتم بدراسة القلب والأوعية، وميّز نفخات القلب واضطرابات النظم. ودرس الحميات بخاصة الكوليرا. أصبح أستاذًا للطب السريري في مستشفى شاريتيه في عام 1831. أصدر في عام 1840 بحثًا سريريًا عن روماتيزم المفاصل واتفاقه مع التهابات القلب (لا تزال الرثية الحادة تسمى باسمه). رئيس أكاديمية الطب وعميد كلية الطب.

بيشا (Bichat, Marie François Xavier) (1771-1802): درس التشريح في ليون، وعمل جراحًا قبل أن يحصل على شهادة دكتور، ثم ذهب إلى باريس ودرس على دِزو، وهناك اهتم بدراسة الأنسجة. سمي أستاذًا عام 1797، وسمي عام 1800 طبيبًا في أوتيل ديو. شرّح ما يقرب من 600 جثة، وقد فوجئ في إحدى الليالي وهو يسرق جثثًا من مقبرة سان روش. وضع كتاب **بحث في الأغشية**، وكتاب **التشريح الوصفي**. توفي بسبب إصابته بالتهاب سحايا سلي في عمر الثلاثين.

بينِل (Pinel, Philippe) (1745-1826): طبيب عقلي مشهور، واهتم إلى حد ما بعلم الحيوان. درس في تولوز عام 1773، وهناك رأى المرضى العقليين مصفدين بالأغلال، ثم في مونبلييه. وذهب إلى باريس عام 1778، انخرط بالثورة حتى حقبة الإرهاب. حرر المرضى العقليين من الأغلال التي كانوا يكبلون بها، ولجأ إلى المعالجات ذات الطابع الإنساني. عمل في مستشفى بيستر بتزكية من كابانيس، ثم في سالبترييير. وهو أول من وضع تصنيفًا للاضطرابات العقلية. قلب المفاهيم عن المجانين ورأى أن بالإمكان فهمهم، وبالتالي علاجهم. يرى أن كل داء يُرَدّ إلى خلل عضوي يجب كشفه.

جيلييير (Gilibert, Jean-Emmanuel) (1741-1814): دكتور في الطب وعالم نبات ورجل سياسة. حصل على دكتوراه في الطب من مونبلييه في عام 1764. اهتم بالنبات وعمل على تأسيس مدرسة للنساء المولدات. انخرط في السياسة مع الجيرونديين وانتخب حاكمًا لمدينة ليون، لكن الجبليين احتجزوه باعتباره من أعداء الشعب حتى أطلق سرحه في عام 1793 بعد تمرد المدينة.

دِجِنِت (baron Desgenettes, René-Nicolas Dufriche) (1762-1837): طبيب عسكري فرنسي. تتلمذ على يد فيك دازير. حصل على الدكتوراه من مونبلييه في عام 1789. وذهب إلى باريس في عام 1791 وكان مناصرًا للجيروندين. فذهب إلى روان بعد أن استبعدهم الجبليون في ظل الإرهاب. تطوع في الجيش وذهب إلى الجبهة الإيطالية، واكتسب موقعًا مهمًا بسبب نشاطه وشجاعته. تعرف إلى نابليون، وذهب معه إلى مصر بصفته طبيبًا رئيسًا في الحملة. اهتم بالصحة العامة والوقاية، والأمراض الإنتانية (الجدري، التهاب الملتحمة والزحار...) الأمر أكسبه خبرة بطب الجيش. وتعرف إلى الطاعون في الحملة على سورية. ورفض بإصرار التضحية بالجنود الذين قضى عليهم الطاعون، فوافق نابليون على نقل المحتضرين إلى يافا. أصبح أستاذًا للفيزيولوجيا وللفيزياء الطبية.

دوبويتران (Dupuytren, Guillaume) (1777-1835): مشرِّح وجراح عسكري فرنسي. ما زال اسمه يطلق على إصابات مرضية في اليد أو الكاحل. سمي أستاذًا للطب الجراحي في عام 1812، وانتخب عضوًا في أكاديمية العلوم في عام 1825. ساهم من ماله الخاص في تأسيس كرسي التشريح المرضي في كلية الطب، وتأسيس متحف للتشريح في كلية الطب لا يزال يحمل اسمه. وقد ذكره بلزاك في عدد من رواياته.

دولابو، فرنسوا [أو فرانتس] (Boë, Franz de le) (1614-1672): طبيب ومشرح وكيميائي وفيزيولوجي ألماني، عاش في هولندا. كان من أوائل من ساند نظرية الدورة الدموية.

دولاسون (de Lassone, Joseph Marie-François) (1717-1788): طبيب فرنسي. احتل كرسيًا في كلية الطب بباريس، وقبل في أكاديمية العلوم بعمر الخامسة والعشرين. في عام 1751، أصبح طبيبًا للملكة، ثم طبيبًا لماري أنطوانيت وللويس السادس عشر. ساهم مع فيك دازير في إنشاء الجمعية الملكية للطب في عام 1776.

ريكامييه (Récamier, Joseph Claude Anthelme) (1774-1852): عمل جراحًا مساعدًا في الجيش، وبعد تسريحه في عام 1796، حصل في باريس على

شهادة دكتور، وسمي طبيبًا في أوتيل ديو. كان جريئًا في العمليات الجراحية: تجريف الرحم، استئصال الرحم في حال السرطان، كيسات المبيض وكيسات الكبد المائية. سمي أستاذًا للسريريات في كلية الطب في عام 1821 خلفًا لكورفيزار. ودعي في عام 1830 ليحتل كرسي لاينك في كوليج دو فرانس، لكنه رفض أن يقسم اليمين لحكومة تموز، فاعتبر مستقيلًا من الكوليج ومن الكلية. ساهم في إصدار **المجلة الطبية**.

زمرمان **(Zimmermann, Johann Georg)** (1728-1795). طبيب سويسري. زار فرنسا وأصبح طبيب الملك لويس الخامس عشر. له دراسة عن الزحار.

ستال **(Stahl, Georg Ernst)** (1660-1734): طبيب وكيميائي ألماني، وضع النظرية الفلوجستية لتفسير الاحتراق (دحضها لافوازيه في ما بعد)، ناصر النظرية الحيوية في الطب. عمل طبيبًا في بلاط فايمر، وأصبح طبيبًا لملك بروسيا فريديرك الثاني.

سيدنهام **(Thomas Sydenham)** (1624-1689): يلقب «أبقراط الإنكليزي» بسبب تسجيله المشاهدات، من مؤسسي الطب السريري، اهتم بالأوبئة. تنسب إليه نسمة سيدنهام (Sydenham s'Chorea) في مرض الصرع.

شومل **(Chomel, Auguste-François)** (1788-1858): طبيب فرنسي، درس على كورفيزار وبينل، حصل على شهادة دكتور في الطب عام 1813. عضو في أكاديمية الطب، وأستاذ السريريات في أوتيل ديو. مستشار طبي للملك لويس فيليب. وضع ثلاثة مجلدات في **الطب السريري**، ووصف في عام 1828، وباء من التهاب الأعصاب الكثيرة.

فالسالفا **(Valsalva, Antonio Maria)** (1666-1723): طبيب ومشرح إيطالي. اهتم في البداية بتشريح الأذن ووضع تسمية «نفير أوستاش» ووصف غار الخشاء، و«الجيب الأبهري»، و «الشرائط القولونية» وجميعها تحمل اسمه.

فان هورن **(van Horne, Johannes)** (1621-1670): طبيب ومشرح ألماني، ما زال اسمه يطلق على القناة الصدرية (أضخم وعاء لمفاوي).

فورديس (Fordyce, George) (1736–1802): طبيب اسكتلندي، وضع «عناصر الطب التطبيقي» في عام 1768، وكتابًا في هضم الأطعمة في عام 1891. أجرى اختبارات مهمة حول حرارة بدن الإنسان.

فوركروا (Fourcroy, Antoine François) (1755–1809): كيميائي فرنسي، نائب في المؤتمر الوطني. درس الطب على يد فيك دازير، وحصل على شهادة دكتور في عام 1780. عمل أستاذًا للكيمياء في كلية الطب بباريس. مناصر للثورة، عمل مساعدًا للسكرتير الدائم لأكاديمية العلوم كوندورسه، وأصبح مديرًا لجمعية الطب، ثم جمعية الزراعة. انتخب عام 1792 نائبًا متممًا عن باريس إلى المؤتمر الوطني. وفي عام 1793 محل مارا الذي اغتيل في 13 تموز/يوليو من العام نفسه. أيد مشروع لوبلتيه. أُخذ عليه تحريضه، أو سكوته، على إعدام لافوازييه. انتخب في عام 1794 عضوًا في لجنة السلامة العامة. عمل على إنشاء المعهد الوطني للعلوم والفنون، والمدرسة المركزية للأشغال العامة، التي أصبحت في ما بعد مدرسة البولي تكنينك (École polytechnique). شارك في وضع التسميات الكيميائية، وله دور في اكتشاف الإيريديوم.

فيتيه (Vitet, Louis) (1736–1809): طبيب وسياسي فرنسي، كان حاكمًا لمدينة ليون عام 1790، وعضوًا في المؤتمر. ثم في مجلس الخمسمئة. أسس مدرسة مجانية للمولدات.

فيك دازير (Vicq d'Azyr, Félix) (1748–1794): طبيب ومشرّح وعالم طبيعيات فرنسي. يعتبر مؤسس التشريح المقارن، وصاحب نظرية التماثل في البيولوجيا. وتنسب إليه اكتشافات في التشريح العصبي، وتحديدًا الحزمة التي تحمل اسمه في منطقة الذاكرة بالدماغ. كان طبيب الملكة ماري أنطوانيت. درّس في عام 1773 في مدارس الطب قبل حيازته شهادة دكتور. اختاره أنطوان بتي ليخلفه في كرسي التشريح بحديقة النباتات. اهتم بالأوبئة الحيوانية.

كابانيس (Cabanis, Pierre Jean Georges) (1757–1808): طبيب وفيزيولوجي وفيلسوف فرنسي. أستاذ في مدرسة الطب بباريس. اهتم في البداية بالأدب وحاول ترجمة الإلياذة من دون نجاح يذكر، فاختار الطب.

ارتاد صالون مدام إلفيتيوس في أوتوي، وهناك التقى بتورغو وأولباخ وكوندورسيه. استقبل بحرارة مبادئ الثورة، وكان مقربًا من ميرابو. أصبح نائبًا في مجلس الخمسمئة. وعضوًا في المعهد عام 1795 ثم عضوًا في الأكاديمية الفرنسية في عام 1803. نقل جثمانه إلى البانتيون (مقبرة العظماء). تركزت كتاباته حول تنظيم الطب والمستشفيات والمجتمع، وكتب عن «درجة اليقين في الطب».

كروفييه (Cruveilhier, Jean) (1791-1874): طبيب وجراح ومشرح مرضي فرنسي. عضو في أكاديمية الطب. تدرب في قسم دوبويتران في أوتيل ديو. وتسلم كرسي التشريح المرضي الذي أوصى به دوبيرتران. لفت النظر إلى تفريق قرحة المعدة عن التهابها وعن السرطان فيها ودرس الشلل العضلي والتهابات الأوعية.

كورفيزار (Corvisart, Jean-Nicolas, baron) (1775-1821): سمي أستاذًا للسريريات في عام 1795 حين افتتحت مدرسة الصحة، وفي عام 1797 سمي أستاذًا في كوليج دو فرانس. اختاره نابليون طبيبًا له. وضع كتاب **بحث في أمراض القلب** في عام 1806، وترجم كتبًا عدة. درس على ديزو وفيك دازير وبتي. حصل في عام 1782 على لقب دكتور معلم، لكن بسبب رفضه اعتمار الشعر المستعار، مُنع من دخول مستشفى دي بارواس، الأمر الذي أجبره على العمل في مستشفى الفقراء بحي سان سولبيس. دخل في عام 1788 مستشفى دو لا شاريته، وأدخل فيه تحسينات. وسمي أستاذًا لعلم الأمراض ثم للفيزيولوجيا. كان لاينك من بين طلابه. وفي عام 1792، أُلغي تعليم الطب حتى عام III حين صدر مرسوم 14 فيرمير، فحصل على كرسي السريريات الداخلية. وبعد سنتين أصبح أستاذًا للطب التطبيقي في كوليج دو فرانس.

كولِن، وليام (Cullen, William) (1710-1790): طبيب بريطاني، درس الطب والكيمياء في غلاسكو ثم في إيدمبرغ. هاجم المعتقد الطبي لبورهاف الذي كان منتشرًا حينذاك. نسب الأمراض إلى خلل في الطاقة العصبية، واعتبر الصرع تهييجًا في حين كان يُعتبر ناجمًا عن تبدل في الأمزجة. قدم إضافات في الفيزيولوجيا وفي التصنيف المنهجي للأمراض.

لاينِك (Laennec, René) (1781-1826): طبيب فرنسي مخترع السماعة الطبية، ومؤسس الطب التشريحي - السريري الذي يقارن أعراض المرض بالآفات التي تحرض عليها. تدرب على يد كورفيزار في مستشفى شاريته، وحصل على لقب دكتور في عام 1804. سمي طبيبًا في مستشفى نيكر، حيث درَّس التشريح المرضي. أصبح في عام 1822، عضوًا في كوليج دو فرانس، وأستاذًا للطب الداخلي في مستشفى شاريته. مات مريضًا بالسل.

لينيه (Linné, Carl von) (1707-1778): طبيب وعالم طبيعة سويدي. وضع منظومة تصنيف العالم الحي، بدءًا من النوع، والأنواع تجتمع في جنس، والأجناس في عائلة، والعائلات في رتبة، والرتب في صنف، والأصناف في شعبة، والشعب في مملكة. واعتمد في التسمية ذكر الجنس والنوع، وما زالت طريقته في التسمية مستخدمة استخدامًا واسعًا، لكن تغيرت قرائن التصنيف.

ليوتو (Lieutaud, Joseph) (1703-1780): طبيب فرنسي، درس بداية علم النبات، اهتم بتشريح الجثث. عمل طبيبًا لأبناء لويس الخامس عشر، ثم طبيبًا أول للويس السادس عشر. كان عضوًا في الأكاديمية الملكية للعلوم وللجمعية الملكية ثم رئيسًا لكلية الطب. ألّف كتابًا في التشريح وآخر في الطب التطبيقي.

ماجندي (Magendie, François) (1783-1855): طبيب وعالم فيزيولوجيا فرنسي، مارس الطب في أوتيل ديو وفي سالبترييرِ قبل أن يجلس على كرسي الفيزيولوجيا التجريبية في كوليج دو فرانس. اتخذ موقفًا مضادًا للحيوية التي كان يتبناها بيشا. حصل عام 1808 على شهادة دكتور في الطب. عضو في أكاديمية العلوم وأستاذ الفيزيولوجيا في كلية الطب. أسس **مجلة الفيزيولوجيا التجريبية والمرضية** بين عامي 1821 و1831. تناولت بحوثه الأولى امتصاص المواد الغذائية، وبيّن تجريبيًا الفرق بين الأعصاب الحسية والحركية. ووصف في عام 1825 علم الفراسة بأنه علم زائف. لكنه عارض استخدام المجهر والتخدير، وأنكر الصفة المعدية للكوليرا وللحمى الصفراء.

منوريه (Menuret, Jean-Joseph) (1739-1815): طبيب وموسوعي فرنسي. درس الطب في مونبلييه، ذهب إلى باريس وعمل طبيبًا في إسطبلات الملك، ثم طبيبًا لكونتيسة أرتوا. بعد الثورة رحل إلى هامبورغ ولم يعد إلا بعد

انقلاب 18 برومير. حرر مواد في موسوعة ديدرو، وكتب حول النبض وحول دور الهواء في انتقال الأمراض الإنتانية.

مورغانيي (Morgagni, Giambattista) (1682-1771): طبيب إيطالي رائد التشريح المرضي. أستاذ التشريح في بادوا. ربط الموجودات التشريحية في الجثة مع الأعراض المرضية السابقة للموت.

ميكل [الأكبر] (Meckel, Jean-Frédéric) أو **(Johann Friedrich Meckel)** (1724-1774): طبيب ألماني اهتم بالتشريح، يلقب بالأكبر تمييزًا له من حفيده الذي يحمل الاسم ذاته (والذي تنسب إليه تسمية رتج ميكل وغضروف ميكل). حصل على شهادته من غوتنبرغ في عام 1748، اكتشف العقد تحت الفكية. أصبح في عام 1751 أستاذًا للتشريح ولعلم النبات وللتوليد. لا يزال اسمه في «كهف ميكل» في الأم الجافية، وفي عقدة ميكل، وفي رباط ميكل.

هنتر (Hunter, John) (1728-1793): جراح ومشرح بريطاني. وشقيقه وليم، جراح ومشرح أيضًا. سمي جراحًا لدى الملك، ثم في الجيش البريطاني.

هوتسيرك (Hautesierck, François-Marie-Claude Richard de) (1713-1789): طبيب عسكري فرنسي. مستشار في الدولة، وطبيب لويس الخامس عشر.

المراجع

Books

Aikin, Jean. *Observations sur les hôpitaux, Relatives à leur construction, aux vices de l'air d'hôpital, aux moyens d'y remédier*. tr. fr. Paris: [s. n.], 1777.

Alibert, Jean Louis. *Nosologie naturelle ou les maladies du corps humain: Distribuées par familles*. Paris: [s. n.], 1817.

Amard, L. V. Frédéric. *Association intellectuelle*. Paris: [s. n.], 1821.

Andral, Gabriel. *Clinique médicale, ou choix d'observations recueillies a l'hopital de la charité (clinique de M. Lerminier): Maladies de poitrine*. 4 vols. Paris: [s. n.], 1823-1827.

Astruc, Jean. *Mémoires pour servir à l'histoire de la Faculté de médecine de Montpellier*. Paris: [s. n.], 1767.

Audibert-Caille, J. M. *Mémoire sur l'utilité de l'analogie en médecine*. Montpellier: [s. n.], 1814.

Audin-Rouvière, Joseph-Marie. *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris, ou, Dissertation sur les substances qui peuvent influer sur la santé des habitans de cette cité, avec une description de ses hopitaux*. Paris: impr. française de «Mnémosyne», an II [1793].

Auenbrugger, Leopold. *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*. Jean-Nicolas Corvisart (trad.). Paris: [s. n.], 1808.

Bacher, Alexandre-André-Philippe-Frédéric. *De la médecine considérée politiquement*. Paris: Mme Huzard, an XI [s. d.].

Banau, Jean Baptiste et François Turben. *Mémoire sur les épidémies du Languedoc, adressé aux Etats de cette province par les sieurs Banau, docteur en médecine, médecin ordinaire de la garde-suisse de monseigneur comte d'Artois, & membre*

de la Société patriotique-bretonne; & Turben, ancien secrétaire de légation de Sa Majesté impériale, membre de la Société royale des sciences, belles-lettres & arts de Lorraine, de l'Académie royale des belles-lettres de Caën & de la Société patriotique-bretonne. Paris: [s. n.], 1786.

Bayle, Antoine-Laurent-Jessé. *Nouvelle doctrine des maladies mentales*. Paris: [s. n.], 1825.

Bayle, Gaspard-Laurent. *Recherches sur la phthisie pulmonaire*. Paris: [s. n.], 1810.

Bichat, Xavier. *Anatomie descriptive*. t. 1.

________. *Anatomie générale, appliquée à la physiologie et à la médecine*. Paris: [s. n.], 1801.

________. *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. éd. Magendie.

________. *Traité des membranes en général, et de diverses membranes en particulier*. Notes par Magendie. Paris: [s. n.], 1827.

________, Pierre-Auguste Béclard et François-Gabriel Boisseau. *Anatomie pathologique: Dernier cours de Xavier Bichat*. Paris: [s. n.], 1825.

Bloch, Camille et Alexandre Tuetey. *Procés-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante, 1790-1791*. Paris: [s. n.], 1911.

Boerhaave, Herman. *Aphorismes*.

Boissier de Sauvages, François. *Nosologie méthodique: Dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes*. Lyon: [s. n.], 1772.

Bonet, Théophile et Jean-Jacques Manget. *Theophili Boneti... Sepulchretum sive Anatomia practica ex cadaveribus morbodenatis*.

Bordeu, Théophile de. *Recherches sur le pouls par rapport aux crises*. Paris: [s. n.], 1771.

Bouillaud, Jean. *Essai sur la philosophie médicale*. Paris: [s. n.], 1831.

________. *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*. Paris: [s. n.], 1826.

Broussais, François-Joseph-Victor. *Catéchisme de la médecine physiologiste*. Paris: [s. n.], 1824.

________. *De l'irritation et de la folie: Ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique*. Paris: [s. n.], 1839.

_________. *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie: Precédé de propositions renfermant la substance de la médecine physiologique.* 2ème éd. Paris: [s. n.], 1821; 1816.

_________. *Histoire des phlegmasies chroniques*. Paris: [s. n.], 1808.

_________. *Mémoire sur la philosophie de la médecine, lu à l'académie des sciences, le 8 octobre 1832, par F.-J.-V. Broussais*. Paris: [s. n.], 1832.

_________. *Sur l'influence que les travaux des médecins physiologistes ont exercé sur l'état de la médecine.* Paris: [s. n.], 1832.

Broussonet, Jean Louis Victor. *Tableau élémentaire de la séméiotique ou de la connaissance des signes de la maladie.* Montpellier: impr. de Tournel, père et fils, an VI [s. d.].

Brulley, Charles-Augustin. *De l'art de conjecturer en médecine*. Paris: [s. n.], 1801.

Le Brun, L. S. D. *Traité historique sur les maladies épidémiques*. Paris: [s. n.], 1776.

Buchez, Philippe Joseph B. et Pierre Célestin Roux-Lavergne. *Histoire parlementaire de la Révolution française, ou, Journal des assemblées nationales, depuis 1789 jusqu'en 1815*. t. XXXV.

Buffon, *Œuvres complètes de Buffon*. Paris: [s. n.], 1848.

Buisson, Matthieu-François-Régis. *De la division la plus naturelle des phénomènes physiologiques considérés chez l'homme*. Paris: [s. n.], 1802.

Bulletin de l'école de médecine de Paris et de la société établie dans son sein. Paris: [s. n.], an XIII.

Bulletin des sciences médicales. Paris: [s. n.], 1810.

Cabanis, Pierre-Jean-Georges. *Corps législatif. Conseil des cinq-cents. Rapport fait au nom de Commission d'instruction publique, et projet de résolution sur un mode provisoire de police médicale présentés par Cabanis, député de la Seine.* (Séance du 4 messidor an VI).

_________. *Coup d'œil sur les révolutions et la réforme de la médecine.* Paris: [s. n.], 1804.

_________. *Du Degré de certitude de la médecine.* 3ème éd. Paris: [s. n.], 1819.

_________. *Observations sur les hôpitaux*. Paris: [s. n.], 1790.

Caffin, Jacques-François. *Traité analytique des fièvres essentielles*. Paris: [s. n.], 1811.

Calès, Jean-Marie. *Corps législatif. Conseil des Cinq-Cents. Rapport fait par J.-M. Calès, député de la Haute-Garonne, au nom de la commission d'instruction*

publique, sur les écoles spéciales de santé. Séance du 12 prairial an V. Paris: Imprimerie nationale, an V [s. d.].

Canguilhem, Georges. *La Connaissance de la vie.* Paris: [s. n.], 1952.

Cantin, M. *Projet de réforme adressé à l'Assemblée nationale, où l'on se propose d'établir l'unité et l'utilité de l'art de guérir.* Paris: [s. n.], 1790.

Caron, Jean Charles Félix. *Réflexions sur l'exercice de la médecine.* Paris: impr. de Clousier père et fils, an XII [1804].

Chambon de Montaux, Nicolas. *Moyen de rendre les hopitaux plus utiles à la nation.* Paris: [s. n.], 1787.

Chamousset, Claude-Humbert Piarron de. *Vues d'un citoyen: Première partie.* Paris: [s. n.], 1757.

Chomel, Auguste-François. *De l'existence des fièvres essentielles.* Paris: [s. n.], 1820.

_________. *Éléments de pathologie générale.* Paris: [s. n.], 1817.

_________. *Leçons sur la fièvre typhoïde.* Paris: [s. n.], 1834.

_________. *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles.* Paris: [s. n.], 1821.

Clifton, Françis. *État de la médecine ancienne et moderne, avec un plan pour perfectionner celle-ci.* André Cantwel (trad.). Paris: [s. n.], 1742.

Colombier, Georges. *Code de Justice militaire pour l'armée de terre.* t. 2.

Corvisart, Jean-Nicolas. *Essai sur les maladies et les lésions organiques, du cœur et des gros vaisseaux.* 3ème éd. Paris: [s. n.], 1818.

Cruveilhier, Jean. *Essai sur l'anatomie pathologique en général.* Paris: [s. n.], 1816.

Cullen, William. *Élemens de médecine pratique.* trad. fr. t. 2. Paris: [s. n.], 1785.

_______. *Institutions de médecine pratique.* trad. t. 2. Paris: [s. n.], 1785.

Dagoumer, Thomas. *Précis historique de la fièvre.* Paris: [s. n.], 1831.

Dan-delavauterie, P. A. *Dissertation sur l'apoplexie considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale.* Paris: [s. n.], 1807.

Daremberg, Charles. *Histoire des sciences médicales comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale.* Paris: [s. n.], 1870.

Daunou, P.-C.-F. *Rapport à l'assemblée des cinq-cents sur l'organisation des écoles spéciales.* 25 floréal an V.

Demangeon. Jean-Baptiste. *Des Moyens de perfectionner la médecine: Et d'asseoir les bases plus sûres de la salubrité publique*. Paris: [s. n.], an VII.

________. *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhague, pour assurer des secours à la maternité et à l'enfance*. Paris: [s. n.], an VII [s. d.].

Demorcy-Delettre, J. B. E. *Essai sur l'analyse appliquée au perfectionnement de la médecine*. Paris: [s. n.], 1810.

Desault, Pierre-Joseph. *Oeuvres chirurgicales de P. J. Desault, ... ou Tableau de sa doctrine et de sa pratique dans le traitement des maladies externes*. Paris: [s. n.], 1798.

Description des épidémies qui ont régné depuis quelques années dans la généralité de Paris avec la topographie des paroisses qui en ont été affigées: Précédée d'une instruction sur la manière de prévenir et traiter ces maladies dans les campagnes. Paris: [s. n.], 1783.

Dezeimeris, Jean-Eugène et Jacques Raige-Delorme. *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*. Paris: [s. n.], 1828.

Double, François Joseph. *Séméiologie générale*. Paris: [s. n.], 1811.

Dulaurens, M. *Analyse du livre intitulé: Moyens de rendre les hôpitaux utiles et de perfectionner la médecine*. Paris: [s. n.], 1787.

Dumas, Charles-Louis. *Discours sur les progrès futurs de la science de l'homme*. Montpellier: impr. de Tournel père et fils, an XII [1804].

________. *Éloge de Henri Fouquet, prononcé dans la séance publique de l'École de médecine de Montpellier, le 11 novembre 1807*. Montpellier: [s. n.], 1807.

________. *Recueil de discours prononcés à la faculté de médecine de montpellier*. Montpellier: [s. n.], 1820.

Dupont de Nemours, Pierre-Samuel. *Idées sur les secours à donner aux pauvres malades dans une grande ville*. Paris: [s. n.], 1786.

Dupuytren, Guillaume. *Dissertation inaugurale sur quelques points d'anatomie*. Paris: [s. n.], an XII.

Duvergier, Jean Baptiste. *Collection complète des lois, décrets, ordonnances, réglements, et avis du conseil d'état*. t. IV.

Favart, Jean Pierre. *Essai sur l'entendement médical, suivi d'une nouvelle méthode pour apprendre la médecine [et d'indications thérapeutiques]*. Paris: [s. n.], 1822.

Fordyce, George. *Essai d'un nouveau plan d'observations médicales pour les rendre moins incertaines et plus utiles aux progrès de l'art.* tr. fr. Paris: [s. n.], 1811.

Fourcroy, Antoine-François. *Convention nationale. Rapport et projet de décret sur l'établissement d'une école centrale de santé à Paris, fait à la Convention nationale, au nom des comités de salut public et d'instruction publique, par Fourcroy, le 7 frimaire de l'an III de la république française une et indivisible.* Paris: Impr. nationale, frimaire an III [s. d.].

_______. *Corps législatif. Discours prononcé par Fourcroy, orateur du gouvernement, sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. Séance du 19 ventôse an XI.*

_________. *Rapport et projet de décret sur l'enseignement libre des sciences et des arts.* Paris: [s. n.], an II.

Frier, François. *Guide pour la conservation de l'homme.* Grenoble: [s. n.], 1789.

Gallot, Jean Gabriel. *Vues générales sur la restauration de l'art de guérir: Lues à la séance publique de la société de médecine, le 31 août 1790, et présentées au comité de salubrité de l'assemblée nationale, le 6 octobre; Suivies d'un plan d'hospices ruraux pour le soulagement des campagnes.* Paris: [s. n.], 1790.

Ganne, Ambroise. *De l'homme physique et moral, ou recherches sur les moyens de rendre l'homme plus sage, et de le garantir des diverses maladies qui l'affligent dans ses différens âges.* Strasbourg: [s. n.], 1791.

Géraud, Mathieu. *Projet de décret à rendre sur l'organisation civile des médecins et des autres officiers de santé.* Paris: [s. n.], 1791.

Gilibert, Jean-Emmanuel. *L'Anarchie médicinale ou la médecine considérée comme nuisible à la société.* Neuchâtel: [s. n.], 1772.

Girbal, Auguste. *Essai sur l'esprit de la clinique médicale de Montpellier.* Montpellier: [s. n.], 1858.

Grimaud, Jean Charles Marguerite Guillaume de. *Traité des fièvres.* Montpellier: [s. n.], 1791.

Guillaume, M. J. *Procès-verbaux du comité d'instruction publique de la convention nationale.*

Guindant, Toussaint. *La Nature opprimée par la médecine moderne, ou la Nécessité de recourir à la méthode ancienne et hippocratique dans le traitement des maladies.* Paris: [s. n.], 1768.

Haslam, John. *Observations on Madness and Melancholy.* London: [s. n.], 1798.

Hufeland, Christoph Wilhelm. *Makrobiotik oder Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern*. léna: [s. n.], 1796.

Hunter, John. *Oeuvres complètes*. tr. fr. Paris: [s. n.], 1839.

Huxham, John. *Essai sur les différentes espèces de fièvres, avec plusieurs autres traités*. tr. fr. Paris: [s. n.], 1752.

Imbert, Jean. *Le Droit hospitalier sous la révolution et l'empire*. Paris: [s. n.], 1954.

Jadelot, Nicolas. *Adresse à nos seigneurs de l'assemblée nationale sur la nécessité et les moyens de perfectionner l'enseignement de la médecine*. Nancy: [s. n.], 1790.

Laënnec, René Théophile Hyacinthe. *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris: [s. n.], 1814.

________. *Traité de l'auscultation médiate et des maladies, des poumons et du cœur*. Paris: [s. n.], 1819.

________ et Victor Cornil. *Traité inédit sur l'anatomie pathologique, ou, Exposition des altérations visibles qu'éprouve le corps humain dans l'état de maladie*. Paris: G. Baillière, 1884.

Lallemand, Claude François. *Recherches anatomo-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances*. Paris: [s. n.], 1820.

Landré-Beauvais, Augustin-Jacob. *Séméiotique, ou Traité des signes des maladies*. Paris: [s. n.], 1813.

Lanthenas, François-Xavier. *De l'influence de la liberté sur la santé, la morale et le bonheur*. Paris: [s. n.], 1792.

Lépecq de la Cloture, Louis. *Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques*. Rouen: [s. n.], 1778.

Lespagnol, N.-L. *Projet d'établir trois médecins par district pour le soulagement des gens de la campagne*. Charleville: [s. n.], 1790.

Lettson, John Coakley. *Histoire de l'origine de la médecine*. tr. fr. Paris: [s. n.], 1787.

Levacher de la Feutrie, Thomas. *Motif de la réclamation de la Faculté de Médecine de Paris contre l'établissement de la société Royale de Médecine*. Madrid: Complutense University, 1977.

Linné, Carl Von et Johannes Schröder. *Genera Morborum*. Harvard: Harvard University Press, 1759.

Lioult, Pierre-Jean. *Les Charlatans dévoilés, ou réflexions sur la liberté considérée dans le rapport qu'elle a avec l'exercice des professions*. Paris: Boulard, an VIII [1799].

Mahon, Paul Augustin Olivier. *Histoire de la médecine clinique, depuis son origine jusqu'à nos jours: Et Recherches importantes, sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveaux-nés et dans les nourrices*. Paris: Bouisson, an XII [1804].

Marandel. *Essai sur les irritations*. Paris: [s. n.], 1807.

Maret, Hugues. *Mémoire dans lequel on cherche à déterminer quelle influence les moeurs des François ont sur leur santé, qui a remporté le prix, au jugement de l'Académie d'Amiens*. Amiens, Paris: [s. n.], 1771.

Mathiez, Albert. *La Révolution française, tome 2: La Gironde et la montagne*. Paris: [s. n.], 1945.

Maygrier, Jacques-Pierre. *Guide de l'étudiant en médecine, ou Essai d'une méthode analytique appliquée à l'étude de toutes les branches de la médecine: Ouvrage spécialement destiné aux élèves qui suivent les facultés de médecine, et particulièrement celle de Paris*. Paris: [s. n.], 1818.

Mémoires de la Société médicale d'émulation, séante à l'Ecole de médecine de Paris. t. 1. Paris: J.B. Baillière, an V [1797-1826].

Menuret, Jean-Joseph. *Essais sur l'histoire médico-topographique de Paris*. Paris: [s. n.], 1788.

________. *Essais sur les moyens de former de bons médecins*. Paris: [s. n.], 1791.

________. *Nouveau traité du pouls*. Amsterdam: Vincent, 1768.

Mondor, Henri. *Vie de Dupuytren*. Paris: [s. n.], 1945.

Morgagni, G. B. *De sedibus et causis morborum*. Epist. 49. article 5.

Moscati, Pietro. *De l'emploi des systèmes dans la médecine pratique, discours inaugural, prononcé le 10 ventôse an VII de la République*. Charles Sultzer (trad.). Strasbourg: [s. n.], an VII.

Pastoret, Emmanuel. *Corps législatif. Conseil des cinq-cents. Rapport fait par Emmanuel Pastoret, au nom de la commission d'instruction publique, sur un mode provisoire d'examen pour les officiers de santé. Séance du 16 thermidor an V.* Paris: Impr. nationale, thermidor an V [s. d.].

Petit, Marc-Antoine. *Discours sur la manière d'exercer la bienfaisance dans les hôpitaux*. 3 nov. (1797).

________. *Essais sur la médecine du cœur: Auquel on a joint les principaux discours prononcés à l'ouverture des cours d'anatomie, d'opérations et de chirurgie climique, de l'Hôtel-Dieu de Lyon*.

_________ et Étienne Renaud Augustin Serres. *Traité de la fièvre entéro-mésentérique, observée, reconnue et signalée publiquement à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans les années 1811, 1812 et 1813*. Paris: [s. n.], 1813; 1812.

Pinel, Philippe. *La Médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultat d'observations sur les maladies aigues, faites à la Salpêtrière*. 3ème éd. Paris: [s. n.], 1815.

_________. *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris: Maradan, an VI [s. d.]; 1813.

Plan général de l'enseignement dans l'école de santé de Paris. Paris: impr. de Ballard, an III [1794-1795].

Pomme, Pierre. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes, Où l'on a tâché de joindre à une théorie solide une pratique sûre, fondée sur des observations*. 4ème éd. Lyon: [s. n.], 1769.

Porcher, G. C. *Opinion de Porcher au Conseil des anciens* (Séance du 16 vendémiaire an VI).

Précis historique de l'établissement de la Société royale de Médecine, de sa conduite, & de ce qui s'est fait à ce sujet dans la faculté de médecine de Paris. Paris: [s. n., s. d.].

Prieur-Duvernois, Claude Antoine. *Motion d'ordre par C.A. Prieur relative au project sur les écoles de santé*. Séance des cinq-cents du 12 brumaire an V.

Prost, Pierre-Antoine. *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*. t. 1. Paris: Demonville, an XII [1804].

_________. *Traité de cholera-morbus, considéré sous les rapports physiologique, anatomico-pathologique, thérapeutique et hygiénique*. [s. l.: s. n.], 1832.

Rambaud, Pierre. *L'Assistance publique à poitiers jusqu'à l'an V. II. La Dominicale*.

Rayer, Pierre François Olive. *Sommaire d'une histoire abrégée de l'anatomie pathologique*. Paris: [s. n.], 1818.

Razoux, Jean. *Tableau nosologique et météorologique*. Bâle: [s. n.], 1787.

_________. *Tables nosologiques et météorologiques dressées à l'Hôtel-Dieu de Nîmes*. Bâle: [s. n.], 1761.

Regnault, Jean-Baptiste Étienne Benoît Olive. *Considérations sur l'état de la médecine en France: Depuis la Révolution jusqu'à nos jours*. Paris: [s. n.], 1819.

Retz, Noël. *Exposé succinct à l'Assemblée nationale, sur les facultés et les sociétés de médecine: Extrait du septième tome des 'Annales de l'art de guérir' du docteur Retz, pour l'année 1791, qui est sous presse*. Paris: [s. n.], 1791.

Richard de Hautesierck, François-Marie-Claude. *Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*. Paris: [s. n.], 1766.

Richerand, M. le Chevalier. *Histoire de la chirurgie*. Paris: [s. n.], 1825.

Roederer, Johann Georg et Carl Gottlieb Wagler. *Tractatus de morbo mucoso. Denuo recusus annexaque praefatione de trichuridibus, novo vermium genere editus ab Henrico-Augusto Wrisberg professore medico et anatomitico gttingensi, cum tabulis aeneis*. Göttingen: [s. n.], 1783.

Rostan, Leon. *Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques*. Paris: [s. n.], 1826.

Roucher-Deratte, Claude. *Leçons sur l'art d'observer relativement aux sciences physiques et médicales, sous forme de préleçons à des cours sur les sciences physiques et chimiques, prononcées*. Paris: [s. n.], 1807.

Royer, P. F. *Bienfaisance médicale et projet financier*. Provins: [s. n.], an IX.

Sabarot de L'Avernière. *Vue de Législation médicale adressée aux États généraux*. Paris: [s. n.], 1789.

Selle, Christian Gottlieb. *Introduction à l'étude de la nature et de la médecine*. tr. fr. Montpellier: impr. de Tournel père et fils, an III [s. d.].

Senebier, Jean. *Essai sur l'art d'observer et de faire des expériences*. 2ème éd. Paris: [s. n.], 1802.

Soboul, Albert. *Les Sans-Culottes parisiens en l'an II: Histoire politique et sociale des sections de Paris, 2 juin 1793-9 thermidor an II*. Paris: [s. n.], 1958.

Solano de Luques, Francisco. *Observations nouvelles et extraordinaires sur la prédiction des crises, par les pouls*. Enrichies de plusieurs cas nouveaux par M. Nihell. Traduites de l'anglois par M. Lavirotte. Paris: [s. n.], 1748.

Soumia, Jean-Charles. *Logique et morale du diagnostic*. Les Essais. Paris: [s. n.], 1962.

Störck, A. *Instituta Facultatis medicae Vivobonensis*. Vienne: [s. n.], 1775.

Sydenham, Thomas. *Médecine pratique*. A. F. Jault (trad.). Paris: [s. n.], 1784.

Tenon, Jacques. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*. Paris: [s. n.], 1788.

Thiery, Fr. *Voeux d'un patriote sur la médecine en France*. Paris: Garnery, 1789.

Tissot, Samuel Auguste André David. *Avis aux gens de lettres sur leur santé*. Lausanne: [s. n.], 1767.

________. *Essai sur la santé des gens du monde*. Lausanne: [s. n.], 1770.

_________. *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*. Lausanne: [s. n.], 1785.

_________. *Remarques sur la médecine agissante*. Paris: [s. n.], 1786.

_________. *Traité des nerfs et de leurs maladies*. Paris: [s. n.], 1778-1780.

Vicq-d'Azyr, Félix. *Oeuvres de Vicq-d'Azyr: Eloges historiques*. Paris: [s. n.], 1805.

Vitet, Louis. *Médecine expectante*. 6 vols. Paris: [s. n.], 1806.

Zimmermann, George. *Traité de l'expérience*. tr. fr. Paris: [s. n.], 1774; 1800.

_________. *Traité de l'expérience médicale*. t. 2.

Periodicals

Foderà, Michel. «Histoire de quelques doctrines médicales comparées à celle du docteur Broussais.» *Journal universel des Sciences médicales*. t. XXIV.

Gazette Salutaire. 2 août 1764.

Sydenham, Thomas. «Observationes Medicae.» *Opera Medica* (Genève). vol. 1. 1736.

Chapters

Condillac, Étienne Bonnot de. «Essai sur l'origine des connaissances humaines.» dans: *Oeuvres complètes*. t. 1. Paris: impr. de C. Houel, an VI [1798].

Morgagni, J. B. «Recherches anatomiques». éd. de *l'Encyclopédie des Sciences médicales*. 7ème section. t. VII.

Stoll, Mahon Maximilian. «Aphorisme sur la connaissance et la curation des fièvres.» dans: *Encyclopédie des sciences médicales*. 7ème division. t. 5.

Documents

Baraillon, J. Fr. «Rapport au conseil des anciens.» 6 Germinal an VI.

_______. «Rapport au conseil des cinq-cents.» 6 Germinal an VI.

_______. « Rapport à l'Assemblée des cinq-cents sur la partie de la police qui tient à la médecine.» 6 Germinal an VI.

فهرس عام

-ب-

-ت-

-ث-

-ج-

-ز-

-س-

-ق-

-ك-

-ي-